Santé Canada Health Canada

Statistiques canadiennes sur le cancer

2003

www.cancer.ca

PRODUIT PAR :
SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER,
INSTITUT NATIONAL DU CANCER
DU CANADA, STATISTIQUE CANADA,
RÉGISTRES DU CANCER DES PROVINCES
ET DES TERRITOIRES, SANTÉ CANADA

Membres du Comité directeur 103-03875/

John R. McLaughlin (président), Ph.D.
Division of Epidemiology and Biostatistics, Samuel Lunenfeld Research Institute, Mount Sinai Hospital, Toronto (Ontario)

Dagny Dryer, M.D., F.R.C.P.C.
PEI Cancer Treatment Centre and Cancer Registry, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

Yang Mao, Ph.D.
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, Ottawa (Ontario)

Howard Morrison, Ph.D.
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, Ottawa (Ontario)

Brent Schacter, M.D., F.R.C.P.C.
CancerCare Manitoba, Winnipeg (Manitoba)

Ghislaine Villeneuve, M.P.A.
Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa (Ontario)

Barbara Whylie, M.B., B.Ch., B.A.O.
Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada Toronto (Ontario)

Soutien analytique et statistique

Chris Waters, B.Sc. (Stats)
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques Santé Canada, Ottawa (Ontario)

Robert Semenciw, M.Sc.
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques Santé Canada, Ottawa (Ontario)

Citation : On peut reproduire ou copier les renseignements qui figurent dans la présente publication, à condition d'en indiquer la source :

« Institut national du cancer du Canada, **Statistiques canadiennes sur le cancer 2003**, Toronto, Canada, 2003 ».

Avril 2003, ISSN 0835-2976

Ce rapport peut être consulté sur Internet, à l'adresse http://www.cancer.ca et http://www.ncic.cancer.ca

Pour obtenir d'autres exemplaires, s'adresser aux divisions de la Société canadienne du cancer ou téléphoner au Service d'information sur le cancer, au numéro 1-888-939-3333 (voir *Pour en savoir plus sur le cancer*).

This publication is available in English upon request.

REMERCIEMENTS

La présente monographie est l'oeuvre d'un comité directeur de l'Institut national du cancer du Canada et de la Société canadienne du cancer. Le Comité directeur est formé de représentants de l'Institut national du cancer du Canada, de la Société canadienne du cancer, de Santé Canada, de Statistique Canada, du Conseil canadien des registres du cancer, ainsi que de chercheurs des universités et d'organismes provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer.

La production et la distribution de la monographie sont le fruit de l'effort collectif des personnes et organismes suivants :

- Les registres provinciaux et territoriaux du cancer ont fourni les données sur l'incidence du cancer qui ont servi à produire les statistiques présentées ici. Le Comité tient à souligner la contribution indispensable du personnel des registres.
- La Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC), Santé Canada, a établi les estimations, les tendances, les projections, les tableaux et les figures apparaissant dans toutes les sections du présent document. On lui doit aussi d'autres analyses, notamment les probabilités d'être atteint du cancer et d'en mourir, les calculs de décès prématurés, de même que le rôle des facteurs de risque de cancer. Les Mery, de Santé Canada, a contribué à la préparation de la section sur les statistiques du cancer chez l'enfant.
- La Division de la statistique de la santé de Statistique Canada a fourni les données utilisées dans les tableaux, les figures et plusieurs sections du texte.
- L'Unité des publications scientifiques et services des multimédias, Direction de l'intégration opérationnelle et des services d'information, Santé Canada, a été chargée de la production de cette monographie.
- Michel Beaupré, du Fichier des tumeurs du Québec, et Ghislaine Villeneuve, de Statistique Canada, ont revu la version française.
- Mary McBride, de la Division of Epidemiology and Cancer Prevention, B.C. Cancer Agency, a fourni les estimations concernant le cancer de la peau autre que le mélanome.
- L'Institut national du cancer du Canada et la Société canadienne du cancer fournissent le soutien administratif aux fins de la production, de l'impression et de la distribution du présent rapport. Nous remercions particulièrement M^me^ Monika Dixon pour sa contribution.
- La Société canadienne du cancer distribue la monographie.
- L'Institut national du cancer du Canada finance les travaux du Comité directeur et la publication de la monographie grâce à des dons de charité recueillis par les bénévoles de la Société canadienne du cancer.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Pour en savoir plus sur le cancer	7
Introduction	13
Faits saillants	15
Incidence et mortalité actuelles	17
Répartition géographique du cancer	23
Tendances de l'incidence et de la mortalité	31
Répartition des cas de cancer selon l'âge et le sexe	51
Probabilité d'être atteint et de mourir du cancer	57
Années potentielles de vie perdues à cause du cancer	61
Prévalence	65
Cancer chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans	67
Sujet particulier :	
• Lymphomes non hodgkiniens	69
Glossaire	85
Annexe I – Données réelles pour les nouveaux cas et les décès	87
Annexe II – Méthodologie	95
Annexe III - Sujets particuliers examinés au cours des dernières années	103
Références	105
Bon de commande et formulaire d'évaluation	107

Tableaux

1	Nombre estimé de nouveaux cas et de décès pour divers sièges ou types de cancer, selon le sexe, Canada, 2003	20
2	Population estimée, nombre estimé de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe et la région, Canada, 2003	25
3	Nombre estimé de nouveaux cas pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la province, Canada, 2003	26
4	Taux estimés d'incidence normalisés selon l'âge pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la province, Canada, 2003	27
5	Nombre estimé de décès pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la province, Canada, 2003	28
6	Taux estimés de mortalité normalisés selon l'âge pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la province, Canada, 2003	29
7.1	Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1974-2003	43

7.2 Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1974-2003 44

8.1 Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1974-2003 45

8.2 Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1974- 2003 46

9 Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence (1991-1998) et de mortalité (1991-1999) normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, Canada 47

10 Nombre estimé de nouveaux cas de cancer et de décès dus au cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2003 53

11 Nombre estimé de nouveaux cas de cancer et de décès dus au cancer pour certains sièges ou types de cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2003 54

12 Probabilité d'être atteint du cancer, selon l'âge, et probabilité au cours de la vie d'être atteint du cancer et d'en mourir, Canada 59

13 Années potentielles de vie perdues à cause du cancer, Canada, 1999 64

14 Prévalence des cancers les plus courants, selon le sexe, Canada, 1998 66

15 Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (1994-1998) et décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (1994-1998) pour les types de cancer selon le diagnostic histologique chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans, Canada 68

16 Variation annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence (1991-1998) et des taux de mortalité (1991-1999) pour les lymphomes non hodgkiniens, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada 71

Figures

1.1 Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimés pour les principaux sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 2003 21

1.2 Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimés pour les principaux sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 2003 22

2.1 Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, Canada, 1974-2003 35

2.2 Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1974-2003 36

2.3 Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la structure par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1971-2003 37

2.4 Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la structure par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1971-2003 38

3.1	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1974-2003	39
3.2	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1974-2003	40
4.1	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1974-2003	41
4.2	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1974-2003	42
5	Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence (1991-1998) et de mortalité (1991-1999) normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, Canada	48
6	Indice des taux de mortalité normalisés selon l'âge, avec et sans le cancer du poumon, Canada, 1974-1999	49
7	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge, par grand groupe d'âge et pour tous les cancers, Canada, 1971-2003	55
8	Taux d'incidence (1998) et de mortalité (1999) par groupe d'âge pour tous les cancers, selon le sexe, Canada	56
9	Principales causes d'années potentielles de vie perdues (APVP), Canada, 1999	63
10.1	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour les lymphomes non hodgkiniens, Canada, 1974-2003	72
10.2	Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour les lymphomes non hodgkiniens, Canada, 1974-2003	73
10.3	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour les lymphomes non hodgkiniens, hommes, groupes d'âge de 10 ans, Canada, 1986-2003	74
10.4	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour les lymphomes non hodgkiniens, femmes, groupes d'âge de 10 ans, Canada, 1986-2003	75
10.5	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour les lymphomes non hodgkiniens, hommes, groupes d'âge de 10 ans, Canada, 1986-2003	76
10.6	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour les lymphomes non hodgkiniens, femmes, groupes d'âge de 10 ans, Canada, 1986-2003	77
10.7	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (TINA et TMNA) pour les lymphomes non hodgkiniens, pour certaines régions de l'OMS, hommes, estimations de 2000	78
10.8	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (TINA et TMNA) pour les lymphomes non hodgkiniens, pour certaines régions de l'OMS, femmes, estimations de 2000	79
10.9	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (TINA et TMNA) pour les lymphomes non hodgkiniens, Canada et États-Unis, 1973-1999	80

10.10 Fréquence des lymphomes non hodgkiniens, par sous-type, hommes et femmes, Canada, 1998 81

10.11 Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour les lymphomes non hodgkiniens par sous-type, hommes, Canada, 1985-1998 82

10.12 Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour les lymphomes non hodgkiniens par sous-type, femmes, Canada, 1985-1998 83

Tableaux de l'annexe I

A1. Données réelles pour les nouveaux cas de cancer, selon le siège ou le type de cancer et le sexe, Canada, 1998 88

A2. Données réelles pour les décès dus au cancer, selon le siège ou le type de cancer et le sexe, Canada, 1999 89

A3. Données réelles sur l'incidence des principaux sièges et types de cancer, selon le sexe et la région, année la plus récente, Canada 90

A4. Taux réels d'incidence normalisés selon l'âge pour les principaux sièges et types de cancer, selon le sexe et la région, année la plus récente, Canada 91

A5. Données réelles sur la mortalité pour les principaux sièges et types de cancer, selon le sexe et la région, Canada, 1999 92

A6. Taux réels de mortalité normalisés selon l'âge pour les principaux sièges et types de cancer, selon le sexe et la région, Canada, 1999 93

Pour obtenir des renseignements généraux concernant les statistiques sur le cancer ou d'autres aspects de cette maladie (comme la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et les soins), communiquez avec le **Service d'information sur le cancer de la Société canadienne du cancer (SCC) au 1-888-939-3333.** La liste des bureaux national et régionaux de la SCC figure à la page 11. Le numéro de téléphone et l'adresse du bureau de la SCC de votre région sont publiés dans les pages blanches de l'annuaire téléphonique.

Pour obtenir des renseignements sur la recherche en cancérologie parrainée par **l'Institut national du cancer du Canada (INCC)** grâce à des fonds fournis par la SCC et par la Fondation Terry Fox, communiquez avec le bureau national de l'INCC dont l'adresse et le numéro de téléphone figurent à la page 11.

Pour obtenir de l'information de Santé Canada :
Pour obtenir des détails sur la méthodologie, communiquez avec la Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, **Santé Canada**, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2. Tél. (613) 952-3335; téléc. (613) 941-2057.

Surveillance du cancer en direct est un outil interactif conçu pour être exploité à partir du Web et pour faciliter l'accès aux données relatives à la surveillance du cancer. Il permet à l'utilisateur de produire des données selon une sélection de paramètres : siège du cancer, région géographique, période et modes de présentation, (p. ex., tableaux, graphiques et cartes). Voir l'adresse du site Web de Santé Canada citée au bas de la page.

Pour obtenir de l'information de Statistique Canada :
On peut commander, moyennant certains frais, des tableaux détaillés normalisés ou des tableaux sur mesure en s'adressant à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada : Service national de renseignements : 1-800-263-1136; Division des statistiques sur la santé (613) 951-1746. Des articles analytiques consacrés au cancer paraissent régulièrement dans *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, publication trimestrielle n° 82-003 au catalogue.

Les données contenues dans le présent document sont affichées sur le site Web de la SCC ou de l'INCC à (http://www.cancer.ca) ou à (http://www.ncic.cancer.ca). On peut obtenir d'autres renseignements sur les sites suivants :

- Société canadienne du cancer (SCC)
  http://www.cancer.ca
- Institut national du cancer du Canada (INCC)
  http://www.ncic.cancer.ca
- Santé Canada
  http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/dsh-vsd/ (cliquer sur cancer)
- Statistique Canada
  http://www.statcan.ca
- Stratégie canadienne de lutte contre le cancer
  http://www.cancercontrol.org
- Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer
  http://www.capcp.ca

Pour obtenir de l'information des registres provinciaux du cancer :
Les données sur l'incidence du cancer sont fournies à Statistique Canada par les registres provinciaux et territoriaux du cancer. Les demandes de données détaillées sur les provinces ou les territoires peuvent être adressées directement aux registres pertinents. (Voir les pages 9 et 10 pour les adresses, numéros de téléphone et numéros de télécopieur et sites Web.)

CONSEIL CANADIEN DES REGISTRES DU CANCER

Personnes-ressources aux niveaux fédéral et provincial/territorial

TERRE-NEUVE

M^me^ Bertha Pinsent
Directrice générale
Newfoundland Cancer Treatment
and Research Foundation
Murphy Cancer Centre
Health Sciences Centre
300 Prince Phillip Drive
St. John's (Terre-Neuve) A1B 3V6
Tél. : (709) 777-7502
Fax : (709) 753-0827
www.nctrf.nf.ca

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

D^r^ Digny E. Dwyer
Directeur
Oncology Clinic and P.E.I. Cancer Registry
Queen Elizabeth Hospital
Riverside Drive
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 8T5
Tél. : (902) 894-2167
Fax : (902) 894-2197

NOUVELLE-ÉCOSSE

M^me^ Maureen MacIntyre
Directrice
Surveillance and Epidemiology Unit
Cancer Care Nova Scotia
Bethune Building, Room 571
1278 Tower Road
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 2Y9
Tél. : (902) 473-6068
Fax : (902) 473-4429
www.cancercare.ns.ca

NOUVEAU-BRUNSWICK

D^r^ Chrestofer Bulman
Épidémiologiste provincial
Directeur du Service provincial
d'épidémiologie
Ministère de la Santé et du Mieux-être
C.P. 5100
520, rue King, 2^e^ étage
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Tél. : (506) 453-3092
Fax : (506) 453-2780

QUÉBEC

M. Michel Beaupré
Fichier des tumeurs du Québec
Ministère de la Santé et des
Services sociaux
Direction générale de la santé publique
1075, chemin Ste-Foy, 2^e^ étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Tél. : (418) 266-6739
Fax : (418) 266-6706
www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/
tumeurs.htm

ONTARIO

D^r^ Eric Holowaty
Directeur
Unité de surveillance
Division d'oncologie préventive
Action Cancer Ontario
620, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 2L7
Tél. : (416) 971-9800
Fax : (416) 971-6888
www.cancercare.on.ca

MANITOBA

Dr Erich Kliewer
Directeur
Department of Preventive Oncology and Epidemiology
CancerCare Manitoba
675 McDermot Avenue
Winnipeg (Manitoba) R3E 0V9
Tél. : (204) 787-2174
Fax : (204) 786-0628
www.cancercare.mb.ca/Epi/default_htm

SASKATCHEWAN

Mme Diane Robson
Directrice
Cancer Registry
Saskatchewan Cancer Foundation
Allan Blair Cancer Centre
4101 Dewdney Avenue
Regina (Saskatchewan) S4T 7T1
Tél. : (306) 766-2695
Fax : (306) 766-2179
www.scf.sk.ca

ALBERTA

Dre Heather Bryant
Directrice
Epidemiology, Prevention and Screening
Alberta Cancer Board
Tom Baker Cancer Centre
1331 29th Street North West
Calgary (Alberta) T2N 4N2
Tél. : (403) 944-4901
Fax : (403) 270-3898
www.cancerboard.ab.ca

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Mme Mary McBride
Directrice, Cancer Registry
BC Cancer Agency
600 West 10th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique)
V5Z 4E6
Tél. : (604) 877-6122
Fax : (604) 877-1868

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Dr André Corriveau
Médecin hygiéniste en chef et directeur
Registres des maladies
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Box 1320, 5022 49th Street
Centre Square Tower, 6th Floor
Yellowknife (T.N.-O.) X1A 2L9
Tél. : (867) 920-8646
Fax : (867) 873-0442
www.gov.nt.ca

YUKON

M. Joe MacGillivray
Directeur, Insured Health Services
Yukon Cancer Registry
Health Services Branch
Yukon Government
Box 2703 (H-2)
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Tél. : (867) 667-5202
Fax : (867) 393-6486

NUNAVUT

Directeur du registre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Box 1000, Station 1000
Iqualuit (Nunavut) X0A 0H0
Tél. : (867) 975-5700
Fax : (867) 975-5780

STATISTIQUE CANADA

M. Gary Catlin
Directeur
Division de la statistique de la santé
Immeuble principal, pièce 2200
Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0T6
Tél. : (613) 951-8571
Fax : (613) 951-0792
www.statcan.ca

INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA ET SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER

Bureau national

Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada
10, avenue Alcorn, bureau 200
Toronto (Ontario) M4V 3B1
Tél. : (416) 934-5673
Fax : (416) 961-4189
www.cancer.ca

Division de Terre-Neuve et du Labrador

Société canadienne du cancer
Crosbie Building, 2nd floor
P.O. Box 8921
1 Crosbie Place, Crosbie Road
St. John's (Terre-Neuve) A1B 3R9
Tél. : (709) 753-6520
Fax : (709) 753-9314

Division de l'Île-du-Prince-Édouard

Société canadienne du cancer
1 Rochford Street, Suite 1
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 9L2
Tél. : (902) 566-4007
Fax : (902) 628-8281

Division de la Nouvelle-Écosse

Société canadienne du cancer
5826 South Street, Suite 1
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 1S6
Tél. : (902) 423-6183
Fax : (902) 429-6563

Division du Nouveau-Brunswick

Société canadienne du cancer
133 Prince William Street
P.O. Box 2089
Saint John (Nouveau-Brunswick) E2L 3T5
Tél. : (506) 634-6272
Fax : (506) 634-3808

Division du Québec

Maison de la Société canadienne du cancer
5151, boul. de l'Assomption
Montréal (Québec) H1T 4A9
Tél. : (514) 255-5151
Fax : (514) 255-2808

Division de l'Ontario

Société canadienne du cancer
1639, rue Yonge
Toronto (Ontario) M4T 2W6
Tél. : (416) 488-5400
Fax : (416) 488-2872

Division du Manitoba

Société canadienne du cancer
193 Sherbrook Street
Winnipeg (Manitoba) R3C 2B7
Tél. : (204) 774-7483
Fax : (204) 774-7500

Division de la Saskatchewan

Société canadienne du cancer
1910 McIntyre Street
Regina (Saskatchewan) S4P 2R3
Tél. : (306) 790-5822
Fax : (306) 569-2133

Division de l'Alberta et des T.N.-O.

Société canadienne du cancer
200, 2424-4th Street S.W.
Calgary (Alberta) T2S 2T4
Tél. : (403) 228-4487
Fax : (403) 228-4506

Division de la Colombie-Britannique et du Yukon

Société canadienne du cancer
565 West 10th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique)
V5Z 4J4
Tél. : (604) 872-4400
Fax : (604) 879-4533

INTRODUCTION

Cette monographie est publiée par la Société canadienne du cancer et l'Institut national du cancer du Canada en collaboration avec Santé Canada, Statistique Canada, les registres provinciaux et territoriaux du cancer ainsi que des chercheurs d'universités et d'organismes provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer. Elle s'inscrit dans une série annuelle, qui est publiée depuis 1987.

Elle vise avant tout à fournir aux professionnels de la santé, aux chercheurs et aux organismes décisionnaires des renseignements détaillés sur l'incidence des types de cancer les plus courants et sur la mortalité liée à ces derniers, selon l'âge, le sexe, la période et la province ou territoire. Nous espérons que ces données susciteront de nouveaux travaux de recherche et faciliteront la prise de décisions et l'établissement de priorités aux niveaux individuel, communautaire, provincial/territorial et national. La monographie est également consultée par les éducateurs, ainsi que les membres des médias et du public qui s'intéressent à la question du cancer.

Des sujets particuliers sont traités chaque année et les sujets publiés depuis 1997 sont affichés sur le site Web de la Société canadienne du cancer (www.cancer.ca); il est possible d'obtenir une copie papier de sujets particuliers traités antérieurement en écrivant à (stats@cancer.ca). *L'annexe III* comprend un résumé des sujets particuliers qui ont été examinés au cours des dernières années. Cette année, le sujet particulier concerne les lymphomes non hodgkiniens.

Les registres provinciaux et territoriaux du cancer ainsi que les bureaux de la statistique de l'état civil communiquent leurs données sur l'incidence du cancer et sur la mortalité due à cette maladie à Statistique Canada, qui les totalise à l'échelle nationale. Étant donné le temps nécessaire pour recueillir des données complètes sur les cas de cancer dans chaque province/territoire et pour compiler ces données à l'échelle du Canada, le délai de publication de données nationales fiables pour une année particulière est considérable. Le présent rapport fournit les taux et les fréquences réels jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle nous possédons des données complètes en ce moment (1998 pour l'incidence et 1999 pour la mortalité), ainsi que des estimations jusqu'à l'an 2003. Pour produire ces estimations, nous commençons par déterminer les tendances temporelles pour les taux connus; puis, nous projetons ces tendances jusqu'à l'année en cours pour estimer les taux actuels; enfin, nous appliquons les taux ainsi obtenus aux estimations de la population actuelle.

La méthodologie statistique employée ces dernières années comporte une normalisation des taux d'incidence et de mortalité en prenant pour référence la population canadienne en 1991 plutôt que la population mondiale type. Les taux de mortalité normalisés selon l'âge découlant de l'application de cette méthodologie sont plus élevés du fait que la population canadienne comprend une proportion nettement plus forte de personnes âgées, segment de la population où le cancer est beaucoup plus fréquent. La normalisation fondée sur la population du Canada fournit des données davantage pertinentes et utiles aux personnes qui s'intéressent à la question du cancer au Canada. **Il convient de noter qu'il est inapproprié de comparer les taux normalisés selon l'âge présentés ici et ceux tirés d'autres publications dont les données sont fondées sur une population type différente.**

Les méthodes statistiques suivies pour établir les projections sont décrites à *l'annexe II : Méthodologie*. **Il importe de souligner que les chiffres fournis pour 2003 sont des estimations et non des données réelles.**

INTRODUCTION

Les statistiques présentées dans la monographie se rapportent à tous les types de cancer, définis selon une classification normalisée en usage dans le monde entier. À l'exemple des registres du cancer, nous avons exclu des données celles sur les cancers de la peau, sans mélanome. Sont également exclus les carcinomes *in situ* et les tumeurs bénignes. Le *Glossaire* contient des renseignements sur la classification des sièges ou types de cancer, ainsi que la définition de certains termes techniques.

Le lecteur qui désire obtenir des renseignements supplémentaires devrait consulter la rubrique *Pour en savoir plus sur le cancer* où figurent le nom et l'adresse des divers organismes concernés, dont Santé Canada, Statistique Canada, la Société canadienne du cancer, l'Institut national du cancer du Canada et les registres provinciaux et territoriaux du cancer.

Il trouvera aussi des informations pertinentes dans d'autres publications : les rapports des registres provinciaux et territoriaux du cancer; Incidence du cancer au Canada 1969-1993[1] et Rapports sur la santé, de Statistique Canada; Maladies chroniques au Canada et Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada[2], de Santé Canada; une monographie collective intitulée Développement du registre canadien du cancer; Cancer Incidence in North America[3], de la North American Association of Central Cancer Registries; et Cancer Incidence in Five Continents[4], du Centre international de recherche sur le cancer.

Les observations et les suggestions des lecteurs ont beaucoup contribué à l'enrichissement de la publication au fil des ans. **Le Comité directeur apprécie énormément ces commentaires, notamment ceux sur les améliorations qu'on pourrait apporter au rapport. Le lecteur trouvera** aux pages 107 et 108 le *Bon de commande et Formulaire d'évaluation* à remplir et à nous retourner **pour figurer sur la liste d'envoi de la publication de l'an prochain et pour nous faire part de commentaires éventuels.**

Incidence et mortalité actuelles

- On estime que 139 900 nouveaux cas de cancer et 67 400 décès dus à cette maladie seront enregistrés au Canada en 2003.
- Le cancer le plus fréquemment diagnostiqué demeurera en 2003 le cancer du sein chez la femme et le cancer de la prostate chez l'homme.
- Le cancer du poumon continuera d'être la principale cause de mortalité par cancer tant chez l'homme que chez la femme.
- Le cancer colorectal est la deuxième cause de décès par cancer en importance.

Répartition géographique du cancer

- En général, les taux d'incidence et de mortalité sont plus élevés dans les provinces de l'Est que dans les provinces de l'Ouest.
- Les taux de cancer du poumon continuent d'être plus élevés dans l'Est du Canada que dans l'Ouest.

Tendances relatives à l'incidence et à la mortalité

- Chez les hommes, on observe depuis 1988 une diminution de 12 % des taux de mortalité pour l'ensemble des cancers réunis.
- Depuis 1974, les taux de mortalité pour tous les cancers combinés (abstraction faite du cancer du poumon) ont diminué de 21 % dans la population féminine.
- Les taux de mortalité pour le cancer de la prostate ont atteint un sommet entre 1991 et 1995 puis ils ont diminué depuis ce temps.
- Les taux de mortalité par cancer du poumon observés chez les femmes continuent d'augmenter.
- Les taux de mortalité par cancer du sein ont continuellement diminué depuis 1986.
- Les taux d'incidence et de mortalité par cancer colorectal ont continuellement diminué depuis le milieu des années 80.
- Le cancer de la thyroïde est le cancer pour lequel le taux d'incidence augmente le plus rapidement tant chez les femmes que chez les hommes.

Répartition des cas de cancer selon l'âge et le sexe

- Chez les hommes, 75 % des nouveaux cas de cancer et 82 % des décès dus à cette maladie surviennent chez les sujets d'au moins 60 ans.
- Chez les femmes, 63 % des nouveaux cas et 78 % des décès dus à cette maladie surviennent chez les personnes d'au moins 60 ans.

Probabilité d'être atteint et de mourir du cancer

- D'après les taux d'incidence actuels, 38 % des femmes et 41 % des hommes seront atteints d'un cancer au cours de leur vie.

FAITS SAILLANTS

Années potentielles de vie perdues à cause du cancer

- Le cancer du poumon est de loin la principale cause de décès prématuré au Canada.
- Environ le tiers des années potentielles de vie perdues (APVP) est attribuable au tabagisme.

Prévalence

- La prévalence globale du cancer dans la population canadienne est d'environ 2 % chez les hommes et 2,5 % chez les femmes.
- Un peu moins de 1 % des femmes sont des survivantes du cancer du sein et 0,5 % des hommes sont des survivants du cancer de la prostate.

Cancer chez les enfants

- La leucémie est le cancer le plus répandu chez les enfants, elle est responsable de plus de 26 % des nouveaux cas et de 32 % des décès.

Lymphomes non hodgkiniens

- Les taux d'incidence des lymphomes non hodgkiniens ont presque doublé depuis 1974.
- Les taux d'incidence les plus élevés pour les lymphomes non hodgkiniens sont enregistrés en Amérique du Nord, en Australie et en Nouvelle-Zélande.

INCIDENCE ET MORTALITÉ ACTUELLES

Le tableau 1 donne trois mesures de l'importance de diverses formes de cancer au Canada en 2003. L'incidence s'entend du nombre de nouveaux cas d'un type donné de cancer diagnostiqués durant une année. La mortalité correspond au nombre de décès attribués à un type particulier de cancer durant l'année. Le ratio du nombre de décès au nombre de cas (c.-à-d. le nombre de décès divisé par le nombre de nouveaux cas) est un indicateur grossier de la gravité de la maladie. Le pronostic du cancer en question est d'autant plus sombre que la valeur du ratio se rapproche de 1,0. Les fréquences présentées dans les tableaux 1 à 11 sont des estimations obtenues par modélisation des tendances relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité par cancer, à partir des données sur la population et sur le cancer depuis 1986 (à l'exception du cancer de la prostate; voir les détails à l'*annexe II*). Elles sont arrondies au 5, 10, 50 ou 100 le plus proche. Les lecteurs qui désirent des données réelles plus précises ou des renseignements sur les sièges ou types de cancer moins courants peuvent consulter les tableaux A1et A6 à l'*annexe I* ou les publications de référence[1-4].

Certains problèmes inhérents à l'utilisation de ces statistiques sont décrits ci-après.

Sources des données

Les données sur l'incidence recueillies par les registres provinciaux et territoriaux du cancer sont communiquées au Registre canadien du cancer (RCC) tenu par Statistique Canada pour les cas diagnostiqués depuis 1992. Le RCC, qui a pour point de référence la personne malade, émane du Système national de déclaration des cas de cancer, axé quant à lui sur la manifestation de tumeurs, qui a servi à rassembler les données recueillies de 1969 à 1991. Le nouveau RCC est mis à jour régulièrement. Grâce au couplage interne des enregistrements, il permet de retracer les cas dont la tumeur a été diagnostiquée dans plus d'une province. En outre, les enregistrements sont couplés aux certificats de décès. Les données produites sont publiées par Statistique Canada[1] et par la North American Association of Central Cancer Registries[3], ainsi que tous les cinq ans par le Centre international de recherche sur le cancer[4] et, enfin, dans des rapports spéciaux[1,2].

Dans la mesure du possible, on s'efforce de dénombrer tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués parmi les habitants d'une province donnée et d'enregistrer, pour chaque cas, de façon précise et cohérente, le siège et le type histologique du cancer d'après les données des rapports d'anatomopathologie et d'autres dossiers, conformément aux définitions du Dictionnaire des données du RCC. Les sièges ou types de cancer nommés dans le présent rapport sont définis selon les catégories décrites dans le *Glossaire*. Bien que les registres provinciaux et territoriaux du cancer s'efforcent, par l'entremise du Conseil canadien des registres du cancer et de son Comité permanent de la qualité des données, d'uniformiser la définition et la classification des nouveaux cas, les méthodes suivies pour enregistrer les cas de cancer varient encore d'une région à l'autre. Il en est notamment ainsi des cas de cancer de la peau (autre que le mélanome) qui sont fréquents, mais difficiles à enregistrer exhaustivement, car on les traite généralement avec succès sans devoir recourir à l'hospitalisation ou à l'examen d'une pièce biopsique. **Aussi les 75 000 cas de cancer de la peau sans mélanome* qui, selon les estimations, se manifesteront au Canada en 2003 ne sont-ils inclus dans aucun tableau de la présente monographie.** Les niveaux d'enregistrement du cancer sont devenus plus comparables d'une région à l'autre du pays, surtout grâce aux efforts déployés depuis le début des années 80 par les

* *Le nombre de nouveaux cas de cancer de la peau sans mélanome est estimé à partir des taux d'incidence obtenus par le registre du cancer de la Colombie-Britannique, qui possède les données les plus complètes. Prière de se reporter à l'annexe II : Méthodologie pour de plus amples détails.*

registres, qui ont uniformisé leurs procédures de recherche de cas, en établissant notamment des liens avec les fichiers provinciaux de données sur la mortalité.

Les statistiques sur la mortalité due au cancer au Canada sont calculées d'après les registres de décès tenus par les directeurs provinciaux et territoriaux de l'état civil pour les personnes résidant dans leur province ou territoire au moment du décès. Sont considérés comme des décès dus au cancer ceux dont la cause sous-jacente est attribuée à une forme quelconque de cancer par le médecin qui établit le certificat de décès.

Bien que les procédures soient normalisées à l'échelle tant nationale qu'internationale, un certain manque de spécificité et d'uniformité est inévitable. La description du type de cancer qui apparaît sur le certificat de décès est ordinairement moins précise que celle que tire le personnel des registres du cancer des dossiers tenus par les hôpitaux et les services de pathologie. Ces faits peuvent expliquer en partie le nombre de nouveaux cas et le nombre de décès indiqués sous « tous les autres sièges ou types » dans les tableaux. Par ailleurs, les décès dus au cancer qui surviennent une année donnée sont habituellement le résultat de tumeurs diagnostiquées au cours des années antérieures.

Estimations de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer, Canada, 2003

On estime que 139 900 nouveaux cas de cancer et 67 400 décès causés par cette maladie surviendront au Canada en 2003. La proportion de nouveaux cas et de décès chez les hommes dépasse de 3,9 % et de 13,3 %, respectivement, celle observée chez les femmes (tableau 1).

Pour les deux sexes, au moins 50 % des nouveaux cas de cancer sont attribuables à trois types particuliers, à savoir le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal chez l'homme, et le cancer du sein, le cancer du poumon et le cancer colorectal chez la femme. À lui seul, le cancer du poumon cause 30 % des décès dus au cancer chez l'homme et 25 % chez la femme (figures 1.1 et 1.2). Il faut faire preuve de circonspection lorsqu'on compare les données sur le cancer colorectal pour l'année courante avec celles des années antérieures en raison d'un changement dans la classification (voir l'*annexe II* pour plus de renseignements).

Le cancer du poumon demeure la principale cause de décès par cancer chez la femme canadienne en 2003. On estime en effet que 7 900 décès lui seront attribuables, comparativement à 5 300 pour le cancer du sein. Cette situation tient au fait que, chez la femme, le taux de mortalité par cancer du poumon a augmenté rapidement au cours des trois dernières décennies, tandis que la mortalité par cancer du sein normalisée selon l'âge a diminué légèrement. L'incidence du cancer du poumon chez la femme continue également de progresser. Le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon étant estimé à 9 000, celui-ci occupe la deuxième place chez les femmes, juste devant le cancer colorectal qui, avec 8 300 nouveaux cas prévus, devient par ordre d'incidence décroissante, le troisième cancer en importance chez la femme canadienne. Le cancer du sein continue de se classer au premier rang, le nombre de nouveaux cas s'élevant à plus du double de celui associé au cancer du poumon.

Le cancer de la prostate, dont on estime à 18 800 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués, comparativement à 12 200 pour le cancer du poumon, demeure en 2003 le cancer dont l'incidence est la plus forte dans la population masculine canadienne. L'augmentation rapide, au début des années 90, du nombre de cancers de la prostate détectés dans toutes les provinces était attribuable au recours de plus en plus généralisé à des méthodes de

détection plus précoce. Le nombre projeté de nouveaux cas de cancer de la prostate est calculé à partir d'un modèle de régression de Poisson d'après les données recueillies de 1991à l'année la plus récente pour laquelle les données sur l'incidence sont disponibles (voir l'*annexe II : Méthodologie*).

Le cancer du poumon demeurera la principale cause de décès chez les hommes au Canada en 2003; on estime que 10 900 décès seront causés par ce cancer, nombre qui excède de loin les 4 400 décès liés au cancer colorectal, deuxième cause principale de mortalité par cancer chez l'homme.

Ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas

Le ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas, égal à 48 % dans l'ensemble, est légèrement supérieur chez l'homme que chez la femme. D'après ce ratio, on pourrait classer arbitrairement les sièges ou types de cancer énumérés au tableau 1 en trois groupes : ceux pour lesquels le pronostic est très favorable (ratio égal ou inférieur à 30 % – cancer du sein, cancer de la prostate, mélanome, cancer du corps de l'utérus, cancer de la thyroïde, maladie de Hodgkin, cancer du testicule et cancer de la vessie chez l'homme); ceux pour lesquels le pronostic est passable (ratio supérieur à 30 %, mais inférieur à 50 % – cancer du sein chez l'homme, cancer colorectal, lymphomes non hodgkiniens, cancer de la vessie chez la femme, cancer du rein, cancer de la cavité buccale, cancer du col de l'utérus et cancer du larynx); et ceux dont le pronostic est sombre (ratio supérieur à 50 % – cancer du poumon, leucémie, cancer du pancréas, cancer de l'estomac, cancer de l'ovaire, cancer de l'encéphale, myélome multiple et cancer de l'oesophage).

Le cancer du sein et le cancer de la prostate demeurent les cancers les plus répandus, alors que le cancer du poumon demeure la cause la plus fréquente de décès par cancer.

Table 1

Nombre estimé de nouveaux cas et de décès pour divers sièges ou types de cancer, selon le sexe, Canada, 2003

	Nouveaux cas Estimations pour 2003			Décès Estimations pour 2003			Ratio décès/cas Estimations pour 2003		
	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F
Tous les cancers	**139 900**	**71 300**	**68 600**	**67 400**	**35 800**	**31 600**	**0.48**	**0.50**	**0.46**
Poumon	21 100	12 200	9 000	18 800	10 900	7 900	0.89	0.90	0.88
Sein	21 200	140	21 100	5 300	40	5 300	0.25	0.31	0.25
Prostate	18 800	18 800	–	4 200	4 200	–	0.22	0.22	–
Côlon et rectum	18 000	9 800	8 300	8 300	4 400	3 800	0.46	0.45	0.47
Lymphomes non hodgkiniens	6 400	3 500	3 000	2 800	1 550	1 300	0.44	0.44	0.45
Vessie	5 000	3 700	1 300	1 550	1 100	460	0.31	0.29	0.34
Rein	4 100	2 600	1 500	1 450	920	550	0.36	0.35	0.36
Mélanome	3 900	2 100	1 800	840	510	330	0.22	0.25	0.18
Corps de l'utérus	3 700	–	3 700	700	–	700	0.19	–	0.19
Leucémie	3 600	2 100	1 550	2 200	1 300	940	0.61	0.62	0.61
Pancréas	3 300	1 550	1 700	3 200	1 550	1 700	0.99	0.99	0.98
Cavité buccale	3 100	2 100	1 000	1 100	730	360	0.35	0.35	0.36
Estomac	2 800	1 800	990	1 900	1 150	740	0.69	0.65	0.75
Ovaire	2 600	–	2 600	1 550	–	1 550	0.61	–	0.61
Encéphale	2 400	1 350	1 100	1 600	900	700	0.66	0.68	0.63
Thyroïde	2 100	550	1 550	170	60	120	0.08	0.11	0.08
Myélome multiple	1 800	1 000	800	1 250	670	570	0.68	0.66	0.70
Oesophage	1 400	1 000	410	1 500	1 100	400	1.08	1.11	0.99
Col de l'utérus	1 400	–	1 400	420	–	420	0.31	–	0.31
Larynx	1 200	990	230	510	420	90	0.42	0.42	0.39
Maladie de Hodgkin	860	470	390	120	70	55	0.14	0.14	0.14
Testicule	800	800	–	36	36	–	0.05	0.05	–
Tous les autres sièges	10 400	5 000	5 400	7 800	4 200	3 500	0.74	0.84	0.66

– Sans objet

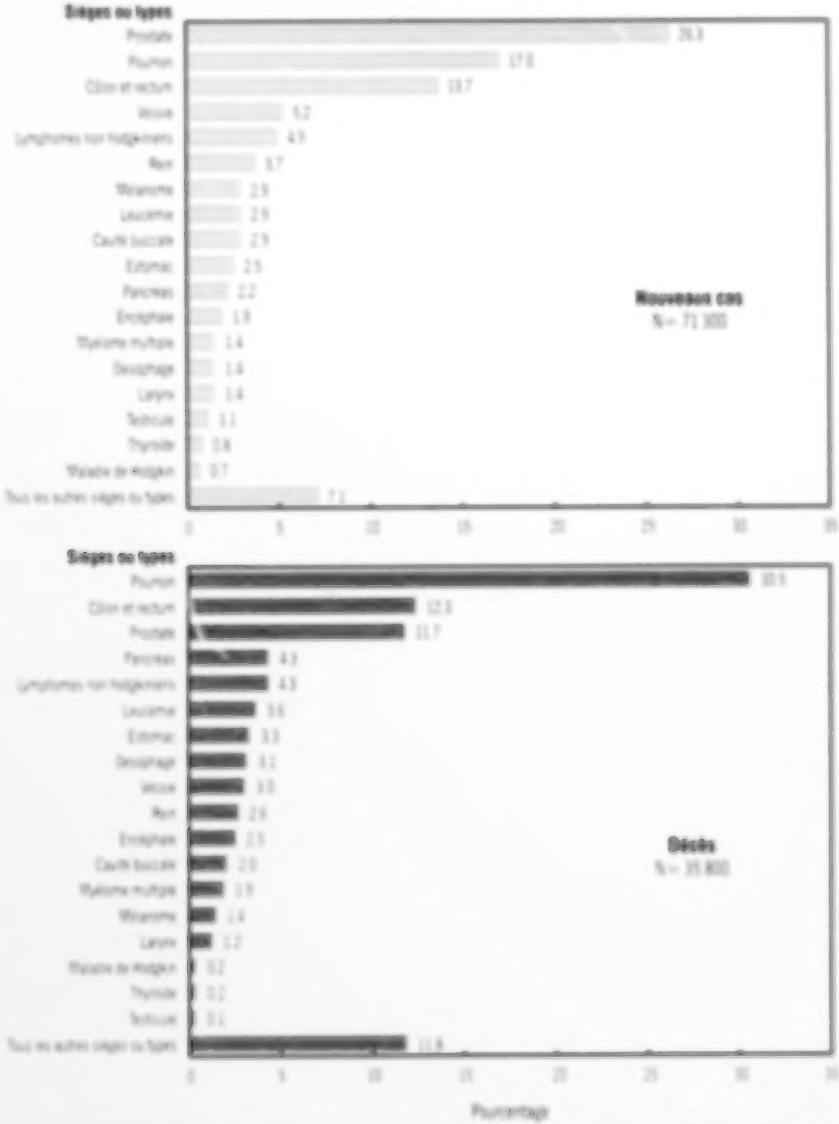
Le ratio élevé (supérieur à 1.0) enregistré pour le cancer de l'oesophage peut s'expliquer par une inscription incomplète des cas de cancer de ce type avant le décès. Pour plus de détails, consulter l'*annexe II* : Méthodologie.

Note : Toutes les données sur l'incidence excluent les quelque 75 000 nouveaux cas de cancer cutané sans mélanome (CIM-9 173). Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Pour plus de détails, consulter l'*annexe II* : Méthodologie.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada.

Figure 1.1

Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimés pour les principaux sièges ou types, hommes, Canada, 2003



Note : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des 75 000 nouveaux cas estimés de cancer cutané sans mélanome (CIM-9 173).

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 1.2

Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimés pour les principaux sièges ou types, femmes, Canada, 2003

Note : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des 75 000 nouveaux cas estimés de cancer cutané sans mélanome (CIM-9 173).

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Le tableau 2 contient les prévisions démographiques pour 2003 ainsi que des estimations du nombre de nouveaux cas et de décès, tous sièges ou types de cancer confondus, selon le sexe et selon la province ou le territoire. Le tableau 3 donne le nombre estimé de nouveaux cas en 2003 pour chaque province et pour chacun des principaux sièges ou types de cancer selon le sexe. Les estimations des taux d'incidence normalisés selon l'âge présentées au tableau 4 pour les principaux types de cancer tiennent compte de la répartition par âge de la population selon les provinces, ce qui facilite les comparaisons interprovinciales. Les tableaux 5 et 6 contiennent les données, établies de façon similaire, relatives au nombre de décès et aux taux de mortalité normalisés selon l'âge en 2003. Les taux normalisés selon l'âge sont calculés en prenant pour référence les chiffres de la population canadienne de 1991, conformément à la méthode décrite dans le Glossaire. Il a fallu faire des ajustements pour le nombre estimé de nouveaux cas dans la plupart des provinces. Pour la première fois, les taux normalisés selon l'âge ont été calculés directement à partir des estimations du nombre de cas selon la description fournie dans l'annexe B : Méthodologie.

Les tableaux A3 à A6 de l'*annexe I* fournissent les données réelles les plus récentes pour chaque province et territoire.

L'examen des données provinciales territoriales relatives à l'incidence du cancer et au taux de mortalité comporte peut fournir des renseignements utiles pour la recherche, la synthèse des connaissances, la planification et la prise de décisions à l'échelon provincial territorial. Par conséquent, ces données intéressent les chercheurs, les travailleurs de la santé, de même que les responsables de la planification et les décideurs. Ces données serviront inévitablement à l'établissement de comparaisons interprovinciales. Pour certains sièges ou types de cancer (p. ex., sein), les taux d'incidence enregistrés paraissent assez uniformes d'une province à l'autre, tandis que pour d'autres (p. ex., prostate, poumon), les variations semblent plus importantes. Étant donné qu'au Québec, le registre dépend des données des hôpitaux, le nombre estimatif des cas de cancer de la prostate, de mélanome et de cancer de la vessie est sous-déclaré de 32 %, de 35 % et de 14 %, respectivement. Le fichier des tumeurs du Québec est au fait de ce problème, et des mesures ont été prises pour corriger la situation. Par ailleurs, ces variations interprovinciales doivent être interprétées avec prudence, car elles peuvent être dues à divers facteurs.

Premièrement, en raison de la rareté de certaines formes de cancer, le nombre de cas qui se manifestent dans une province durant une année est parfois si petit que les estimations résultantes peuvent ne pas être fiables et varier considérablement d'une année à l'autre.

Deuxièmement, la corrélation entre l'incidence d'une maladie et la prévalence des facteurs de risque dans une région particulière peut induire en erreur. Pour prouver qu'il existe une relation de cause à effet entre un facteur et une maladie, il est exigé d'étudier les cas particuliers de façon plus approfondie. Des courbes différentes de consommation de tabac dans les provinces expliquent cependant une partie de cette variation, comme en témoignent les taux plus élevés de cancer du poumon dans l'est du Canada.

Troisièmement, dans le cas de nombreux cancers, l'intervalle de temps entre l'exposition à un facteur de risque et la manifestation de la maladie est long. Or, l'information sur la prévalence des facteurs de risque durant les décennies antérieures fait souvent défaut. Une situation socio-économique précaire a été associée à une surmortalité attribuable au cancer et à une augmentation (p. ex., col de l'utérus) ou une diminution de l'incidence de certains cancers.

Quatrièmement, les programmes de dépistage (p. ex., du cancer du sein, du col de l'utérus) ne rejoignent pas toute la population cible et ne sont pas nécessairement complets dans toutes les provinces et les territoires. Les programmes n'ont pas débuté la même année dans toutes les provinces et les territoires et l'identification de cas précédemment non diagnostiqués chez des personnes asymptomatiques gonflera temporairement les taux de cancer. L'accès aux méthodes diagnostiques varie également à l'échelle régionale.

Enfin, les méthodes suivies pour enregistrer les cas de cancer ne sont pas toujours identiques (p. ex., l'enregistrement de seconds cancers primaires et l'utilisation des certificats de décès – voir *l'annexe II* pour la méthodologie des registres du cancer). Par exemple, à Terre-Neuve, les informations contenues dans les certificats de décès ne sont pas consignées au registre, ce qui diminue indûment le nombre de nouveaux cas ayant une courte espérance de vie, comme les cas de cancer du poumon et de cancer du pancréas. La mesure dans laquelle on corrobore les informations contenues dans les certificats de décès en consultant les dossiers hospitaliers varie également d'une province à l'autre, ce qui influence l'exactitude des données sur l'incidence.

Même en tenant compte de ces problèmes, il faut noter que le Canada est un des rares pays où les tendances relatives au cancer peuvent être surveillées dans toute la population. Les registres provinciaux territoriaux et national du cancer constituent des ressources importantes permettant de comparer les données et ainsi formuler des hypothèses qui justifieront des enquêtes plus poussées. Les véritables différences dans les risques de cancer et les liens causals, démontrées dans des études épidémiologiques subséquentes, pourront être utilisées dans la planification des programmes de lutte contre le cancer qui visent à réduire le fardeau que représente cette maladie.

En général, les taux d'incidence et de mortalité sont plus élevés dans les provinces de l'Est que dans les provinces de l'Ouest.

Tableau 2

Population estimée, nombre estimé de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe et la région, Canada, 2003

Province/territoire	Population (en milliers) Estimations pour 2003			Nouveaux cas Estimations pour 2003[1]			Décès Estimations pour 2003		
	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F
Canada	**31 549**	**15 614**	**15 934**	**139 900**	**71 300**	**68 600**	**67 400**	**35 800**	**31 600**
Terre-Neuve	527	260	266	2 100	1 200	950	1 250	710	540
Île-du-Prince-Édouard	139	68	71	680	360	320	330	180	150
Nouvelle-Écosse	943	462	482	5 000	2 600	2 400	2 500	1 350	1 150
Nouveau-Brunswick	759	376	383	3 900	2 000	1 850	1 800	1 000	810
Québec	7 451	3 675	3 775	35 500	17 900	17 600	18 200	9 800	8 400
Ontario	12 178	6 011	6 167	52 700	26 500	26 200	24 600	12 900	11 700
Manitoba	1 156	573	583	5 400	2 800	2 700	2 600	1 350	1 250
Saskatchewan	1 002	496	506	4 500	2 400	2 100	2 300	1 250	1 050
Alberta	3 155	1 591	1 564	12 000	6 200	5 800	5 200	2 700	2 500
Colombie-Britannique	4 139	2 051	2 088	17 900	9 300	8 600	8 500	4 500	4 000
Yukon	29	14	14	80	40	40	45	25	20
Territoires du Nord-Ouest	41	21	20	95	50	45	40	20	20
Nunavut	30	15	14	50	25	25	35	20	15

[1] Les projections de la population pour 2003 ont été fournies par la Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada.

[2] Les chiffres ne comprennent pas le cancer cutané sans mélanome (CIM-9 173).

Note : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Veuillez consulter l'*annexe II : Méthodologie*.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau 3

Nombre estimé de nouveaux cas pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la province, Canada, 2003

	Nouveaux Cas										
	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	**71 300**	**1 200**	**360**	**2 600**	**2 000**	**17 900**	**26 500**	**2 800**	**2 400**	**6 200**	**9 300**
Prostate	18 800	390	100	760	560	3 600	7 200	730	760	2 000	2 700
Poumon	12 200	190	65	490	390	4 000	4 000	430	340	880	1 400
Côlon et rectum	9 800	220	50	360	260	2 400	3 600	390	320	790	1 250
Vessie	3 700	35	15	170	120	1 400	1 100	160	150	200	380
Lymphomes non hodgkiniens	3 500	40	20	120	90	870	1 350	130	110	290	470
Rein	2 600	40	15	90	75	630	1 050	140	70	230	290
Cavité buccale	2 100	60	10	70	55	510	790	110	65	170	250
Mélanome	2 100	20	15	100	60	300	820	70	60	250	360
Leucémie	2 100	20	10	50	60	500	800	80	90	220	240
Estomac	1 800	65	10	55	50	460	660	65	55	140	220
Pancréas	1 550	15	10	50	45	440	530	65	45	130	240
Encéphale	1 350	25	5	40	35	350	500	45	40	120	170
Myélome multiple	1 000	10	5	30	25	280	410	40	25	65	130
Larynx	990	20	5	30	30	340	340	35	30	60	110
Femmes											
Tous les cancers	**68 600**	**950**	**320**	**2 400**	**1 850**	**17 600**	**26 200**	**2 700**	**2 100**	**5 800**	**8 600**
Sein	21 100	330	95	700	500	5 400	8 000	830	610	1 850	2 700
Poumon	9 000	75	55	310	220	2 200	3 500	390	240	780	1 250
Côlon et rectum	6 300	170	50	330	250	2 100	3 200	340	250	590	1 000
Corps de l'utérus	3 700	55	15	130	85	840	1 450	160	110	340	470
Lymphomes non hodgkiniens	3 000	30	10	95	85	740	1 200	110	85	240	370
Ovaire	2 600	35	10	80	45	720	1 050	85	80	160	290
Mélanome	1 800	25	20	95	50	280	730	60	55	240	260
Pancréas	1 700	10	10	65	50	480	600	70	45	160	230
Thyroïde	1 550	30	5	30	40	380	620	60	40	170	170
Leucémie	1 550	15	5	40	35	370	630	70	60	130	180
Rein	1 500	20	5	60	50	410	560	70	55	140	160
Col de l'utérus	1 400	25	10	55	30	280	550	55	50	140	190
Vessie	1 300	10	5	65	40	460	380	55	55	130	120
Encéphale	1 100	15	5	30	25	320	430	35	35	80	120
Cavité buccale	1 000	15	5	30	20	220	390	45	35	75	160
Estomac	990	25	–	25	25	280	360	30	35	80	120
Myélome multiple	800	10	5	20	20	220	330	30	25	60	95

– Moins de 3 cas

Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. Toutefois, à cause du petit nombre de cas, les territoires ne sont pas présentés séparément.

Note: Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les totaux pour le Canada et les provinces concernant tous les cancers ne comprennent pas les 75 000 cas estimés de cancer cutané sans mélanome (CIM-9 173). En raison de changements et d'améliorations apportées aux données de référence et aux méthodes décrites à l'*annexe II : Méthodologie*, il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2003 avec les estimations déjà publiées. Ces estimations pourront différer des chiffres réels. Veuillez consulter l'*annexe I* ou communiquer avec les registres provinciaux du cancer pour obtenir les données réelles les plus récentes.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau 4

Taux estimés d' incidence normalisés selon l'âge pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la province, Canada, 2003

	Rate per 100,000										
	Canada[1]	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	**439**	**401**	**468**	**529**	**534**	**446**	**420**	**446**	**420**	**444**	**432**
Prostate	117	136	135	150	143	93	119	123	138	144	117
Poumon	75	66	89	96	99	101	65	72	62	63	60
Côlon et rectum	60	76	65	71	65	62	59	65	57	56	54
Vessie	23	13	19	33	29	35	18	26	26	15	16
Lymphomes non hodgkiniens	21	13	27	23	21	22	22	21	19	19	20
Rein	16	13	20	17	18	15	16	23	13	15	12
Leucémie	13	8	12	10	15	13	13	13	16	15	11
Cavité buccale	12	21	12	13	13	12	12	18	12	11	11
Mélanome	12	7	21	20	14	7	13	11	11	16	15
Estomac	11	23	14	11	13	12	11	11	9	10	10
Pancréas	10	5	14	9	12	11	8	11	8	9	10
Encéphale	8	9	6	8	8	9	8	8	8	8	8
Larynx	6	7	8	5	6	8	5	6	5	4	5
Myélome multiple	6	4	6	6	6	7	7	6	4	4	5
Femmes											
Tous les cancers	**348**	**290**	**356**	**383**	**368**	**354**	**351**	**366**	**323**	**348**	**323**
Sein	107	98	107	112	101	110	107	116	99	109	103
Poumon	45	23	61	49	44	43	46	54	38	48	47
Côlon et rectum	40	51	54	48	47	40	40	42	34	35	35
Corps de l'utérus	19	17	18	21	17	17	20	23	18	21	18
Lymphomes non hodgkiniens	15	10	11	15	17	15	16	15	13	15	14
Ovaire	13	10	10	13	10	15	14	12	13	10	11
Mélanome	10	8	23	16	12	6	10	9	10	15	10
Thyroïde	9	9	5	5	9	10	10	10	8	10	7
Pancréas	8	3	9	9	9	9	8	8	6	9	8
Col de l'utérus	8	8	10	10	8	7	8	9	9	8	8
Rein	8	7	8	9	10	8	7	9	8	8	6
Leucémie	8	6	7	6	7	7	8	10	9	8	7
Vessie	6	3	3	9	8	9	5	7	8	8	4
Encéphale	6	4	5	6	6	7	6	6	6	5	5
Cavité buccale	5	5	5	5	4	4	5	6	5	5	6
Estomac	5	8	2	4	5	5	5	4	5	5	4
Myélome multiple	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3

[1] Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. Toutefois, à cause du petit nombre de cas, les territoires ne sont pas présentés séparément.

Note: Les taux ne comprennent pas les cancers cutanés sans mélanome (CIM-9 173) et sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. En raison de changements et d'améliorations apportées aux données de référence et aux méthodes (décrites à l'*annexe II : Méthodologie*), il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2003 avec les estimations déjà publiées. Ces estimations peuvent différer des chiffres réels.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau 5

Nombre estimé de décès pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la province, Canada, 2003

	Décès										
	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	**35 800**	**710**	**180**	**1 350**	**1 000**	**9 800**	**12 900**	**1 350**	**1 250**	**2 700**	**4 500**
Poumon	10 900	230	60	440	350	3 600	3 500	370	340	750	1 250
Côlon et rectum	4 400	95	25	150	120	1 250	1 600	180	160	330	510
Prostate	4 200	80	20	160	120	890	1 600	170	230	390	550
Pancréas	1 550	30	10	60	45	410	550	60	55	120	220
Lymphomes non hodgkiniens	1 550	15	5	70	45	330	600	75	45	110	220
Leucémie	1 300	15	5	40	30	290	510	50	45	120	160
Estomac	1 150	45	5	35	40	360	400	40	35	70	140
Vessie	1 100	20	5	40	30	270	400	45	50	80	160
Rein	920	20	5	35	25	250	310	45	30	70	120
Encéphale	900	15	–	30	20	270	300	35	30	80	110
Cavité buccale	730	15	5	30	20	210	260	30	15	60	90
Myélome multiple	670	10	5	25	20	180	250	25	25	40	90
Mélanome	510	5	–	25	10	80	240	20	10	35	80
Larynx	420	5	–	15	15	150	130	15	15	25	40
Femmes											
Tous les cancers	**31 600**	**540**	**150**	**1 150**	**810**	**8 400**	**11 700**	**1 250**	**1 050**	**2 500**	**4 000**
Poumon	7 900	120	35	330	170	2 300	2 800	260	200	630	1 100
Sein	5 300	95	25	210	140	1 450	2 000	220	150	430	640
Côlon et rectum	3 800	90	25	180	100	1 100	1 400	160	120	230	420
Pancréas	1 700	25	10	65	45	430	590	70	65	150	230
Ovaire	1 550	35	5	50	35	380	580	60	55	130	210
Lymphomes non hodgkiniens	1 300	15	5	55	35	300	520	65	50	85	170
Leucémie	940	15	5	35	20	200	380	40	35	75	130
Estomac	740	30	–	25	15	240	240	20	25	60	80
Corps de l'utérus	700	10	5	30	20	190	270	30	20	55	75
Encéphale	700	10	5	20	20	210	230	25	20	55	95
Myélome multiple	570	10	5	20	15	150	220	25	20	45	65
Rein	550	10	5	15	20	160	160	25	25	50	70
Vessie	460	10	–	15	15	120	160	20	15	30	65
Col de l'utérus	420	10	5	20	10	90	160	15	15	50	50
Cavité buccale	360	5	–	10	5	85	150	15	10	30	40
Mélanome	330	5	–	10	5	55	160	10	10	25	45

– Moins de 3 décès

[1] Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. Toutefois, à cause du petit nombre de cas, les territoires ne sont pas présentés séparément.

Note: Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. En raison de changements et d'améliorations apportées aux données de référence et aux méthodes (décrites à l'*annexe II : Méthodologie*), il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2003 avec les estimations déjà publiées. Ces estimations peuvent différer des chiffres réels.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau 6

Taux estimés de mortalité normalisés selon l'âge pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la province, Canada, 2003

	Taux pour 100 000										
	Canada[1]	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	**224**	**267**	**249**	**267**	**254**	**257**	**214**	**222**	**217**	**199**	**193**
Poumon	68	87	80	87	87	93	58	61	61	54	53
Côlon et rectum	28	35	32	30	30	33	26	30	27	24	22
Prostate	27	33	31	33	30	26	28	27	36	31	24
Pancréas	10	10	14	12	12	10	9	10	10	9	9
Lymphomes non hodgkiniens	9	6	8	13	11	8	10	12	8	8	10
Leucémie	8	6	8	8	8	8	9	9	8	8	7
Estomac	7	17	9	7	10	9	7	7	6	5	6
Vessie	7	9	6	8	7	7	7	7	8	6	7
Rein	6	7	9	7	7	6	5	7	6	5	5
Encéphale	5	6	2	6	5	7	5	6	6	5	5
Cavité buccale	4	6	6	5	5	5	4	5	3	4	4
Myélome multiple	4	4	5	5	5	5	4	4	4	3	4
Larynx	3	3	3	3	4	4	2	2	2	2	2
Mélanome	3	1	3	5	2	2	4	3	2	2	3
Femmes											
Tous les cancers	**151**	**159**	**154**	**171**	**152**	**160**	**147**	**158**	**145**	**146**	**138**
Poumon	39	35	40	50	34	45	36	35	31	39	39
Sein	25	27	28	32	27	27	25	29	22	25	23
Côlon et rectum	17	26	22	25	18	20	17	18	15	13	14
Pancréas	8	7	9	9	8	8	7	8	8	9	8
Ovaire	8	11	7	8	7	7	8	8	8	8	8
Lymphomes non hodgkiniens	6	4	6	8	6	6	7	8	7	5	6
Encéphale	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4
Leucémie	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	4
Estomac	3	9	2	3	3	4	3	3	3	3	3
Corps de l'utérus	3	3	3	5	4	3	3	3	3	3	3
Myélome multiple	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2
Rein	3	3	3	2	4	3	2	3	4	3	2
Cavité buccale	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2
Mélanome	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2
Col de l'utérus	2	4	4	3	2	2	2	2	3	3	2
Vessie	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2

[1] Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. Toutefois, à cause du petit nombre de cas, les territoires ne sont pas présentés séparément.

Note: Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. En raison de changements et d'améliorations apportées aux données de référence et aux méthodes (décrites à l'*annexe II : Méthodologie*), il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2003 avec les estimations déjà publiées. Ces estimations peuvent différer des chiffres réels.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

La détermination des tendances de l'incidence des principaux types de cancer et de la mortalité liée à ces derniers repose sur la comparaison des taux annuels normalisés selon l'âge. On présente aux figures 2.1 et 2.2 le nombre de nouveaux cas et de décès, ainsi que les taux normalisés selon l'âge correspondants pour les hommes et pour les femmes au Canada, de 1974 à 1999, de même que des prévisions jusqu'en 2003. Les figures 2.3 et 2.4 décrivent l'effet des changements dans les taux de cancer et la taille de la population ainsi que l'effet du vieillissement de la population sur le nombre total de nouveaux cas et de décès. Les figures 3.1, 3.2 et 4.1, 4.2 représentent graphiquement les tendances des taux annuels au cours des 30 dernières années pour certains sièges et types de cancer, tandis que les tableaux 7.1, 7.2 et 8.1, 8.2 fournissent les données simples. Les données sur la variation annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence (1991-1998) et de mortalité (1991-1999), selon le siège ou le type de cancer, figurent au tableau 9 et sont représentées graphiquement à la figure 5.

La normalisation selon l'âge permet de déterminer les écarts entre années civiles, puisque ces taux tiennent compte de la variation de la répartition par âge de la population au fil des ans. Les taux normalisés selon l'âge qui figurent dans la présente publication ont été calculés en se fondant sur les chiffres de population au Canada en 1991. La hausse rapide des taux d'incidence au cours des années 70, reflète en grande partie l'amélioration de l'enregistrement des nouveaux cas durant cette période par plusieurs registres provinciaux. Toutefois, depuis 1981, les taux d'enregistrement se sont généralement stabilisés grâce à l'uniformisation croissante des méthodes d'enregistrement des cas de cancer appliquées dans les diverses régions du pays[1].

Tendances pour l'ensemble des sièges ou types de cancer

Chez l'homme, le taux de mortalité par cancer, après avoir culminé en 1988 (figure 2.2, tableau 7.2) diminue lentement en raison de la baisse des taux de mortalité due au cancer du poumon, au cancer colorectal et à d'autres cancers. En revanche, le taux d'incidence, tous sièges et types confondus, a augmenté légèrement au début des années 90, à cause de la hausse abrupte de l'incidence du cancer de la prostate; notons toutefois que ce taux commence ces dernières années à se stabiliser ou affiche une légère baisse. Chez la femme, depuis 1989, l'incidence enregistrée pour l'ensemble des sièges et types de cancer a progressé légèrement alors que les taux de mortalité ont diminué légèrement (figures 2.1 et 2.2, tableaux 8.1, 8.2).

Malgré la stabilité relative des taux normalisés selon l'âge (figures 2.1 et 2.2), le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès causés par cette maladie continue d'augmenter régulièrement à mesure que la population canadienne augmente et vieillit. Ces nombres, contrairement aux taux, sont d'importants indicateurs de l'ampleur du fardeau que représente le cancer pour la population canadienne et pour le régime de santé. Selon les estimations, en 2003, on enregistrera 139 900 nouveaux cas et 67 400 décès. Ces nombres permettent de planifier l'offre de services aux malades et les installations des établissements de santé nécessaires pour faire face à la demande croissante.

Les figures 2.3 et 2.4 montrent à quel point les changements dans la population totale et la pyramide des âges ont influé sur les tendances relatives à l'incidence et à la mortalité générales. Le tracé le plus bas dans ces graphiques représente le nombre total de cas (ou de décès) qui seraient survenus chaque année si seuls les taux avaient changé et si la population était restée la même qu'en 1971. La ligne du milieu représente le nombre de cas (ou de décès) qui seraient survenus chaque année si les taux annuels s'appliquaient à une population en croissance mais si la structure par âge était demeurée identique à celle

de 1971. La ligne du haut représente le nombre de cas (ou de décès) réellement survenus et reflète donc l'impact combiné du changement dans le taux d'incidence, la croissance démographique et le vieillissement de la population. Ces figures montrent que les changements dans la taille de la population et la structure par âge sont les facteurs qui ont le plus contribué à alourdir le fardeau que représente le cancer dans la population canadienne. Il s'ensuit que par suite du vieillissement de cette population et de la croissance démographique, on observera une augmentation correspondante du nombre de nouveaux cas et de décès chaque année.

La figure 6 représente un indice (voir la définition dans le *Glossaire*) des taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la période de 1974 à 1999 pour l'ensemble des sièges et types de cancer, avec et sans le cancer du poumon. Chez l'homme, l'augmentation du taux global de mortalité par cancer est imputable au cancer du poumon jusqu'en 1988, année où ce taux a atteint un sommet. Depuis, le taux global de mortalité par cancer a diminué dans des proportions comparables, que l'on tienne compte ou non du cancer du poumon. Chez la femme, l'indice montre que le taux global de mortalité par cancer est demeuré essentiellement stable jusqu'en 1999. Il est évident que l'augmentation continue de la mortalité attribuable au cancer du poumon masque la baisse globale de la mortalité par cancer chez la femme.

Tendances pour certains sièges et types de cancer

Les tendances des taux d'incidence et de mortalité sur une période de 30 ans pour certains sièges et types de cancer sont illustrées aux figures 3.1 et 3.2 pour les hommes, et aux figures 4.1 et 4.2 pour les femmes. Les données simples correspondant à ces figures sont présentées dans les tableaux 7.1, 7.2, 8.1 et 8.2. Le tableau 9 et la figure 5 résument les variations annuelles moyennes en pourcentage pour les sièges et types de cancer examinés dans la présente publication. En général, les taux d'incidence et de mortalité pour la majorité des cancers se sont stabilisés ou ont diminué au cours de la dernière décennie. On note toutefois certaines exceptions.

Chez la femme, le taux d'incidence du cancer du poumon et de mortalité due à ce dernier continuent d'augmenter rapidement et sont maintenant de trois à quatre fois plus élevés que les taux enregistrés en 1974. Les taux estimés d'incidence et de mortalité pour le cancer du poumon chez la femme en 2003 continuent d'être cependant beaucoup plus faibles que ceux observés chez l'homme. Pour ce dernier, le taux d'incidence du cancer du poumon et le taux de mortalité due à ce cancer ont plafonné au milieu des années 80 et diminuent régulièrement depuis, situation qui reflète le déclin de l'usage du tabac amorcé au milieu des années 60 chez l'homme. Chez la femme, la lente baisse du taux de tabagisme n'ayant débuté qu'autour des années 80[5], les bienfaits en terme de diminution des taux pour le cancer du poumon tardent à se manifester (figure 4.1 et tableau 8.1).

Le taux d'incidence du cancer de la prostate, qui augmente régulièrement depuis des années, affiche une hausse particulièrement forte de 1989 à 1993 (tableau 7.1). En revanche, le taux de mortalité due à ce cancer a progressé beaucoup plus lentement à partir de 1978 et a diminué de façon constante depuis 1995. La hausse de l'incidence du cancer de la prostate avant 1990 est attribuable, du moins en partie, à la détection plus fréquente de ce cancer à la suite d'une résection transurétrale de la prostate (RTUP) pratiquée pour traiter une hypertrophie prostatique soupçonnée d'être bénigne[6]. La forte hausse observée depuis 1990 est due principalement à la détection précoce plus fréquente de ce cancer grâce au dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS)[7]. Depuis, ce taux a commencé à diminuer (diminution à laquelle on s'attendait pour des motifs théoriques et que l'expérience

observée jusqu'ici aux États-Unis a illustrée[9], probablement du fait que la détection précoce a permis de déceler presque tous les cancers qui existent dans la population soumise au dépistage.

Il convient par ailleurs de souligner que malgré la forte hausse de l'incidence du cancer de la prostate jusqu'en 1993, aucune augmentation substantielle du taux de mortalité n'a été observée pour l'instant. En fait, depuis 1991, les taux de mortalité ont même diminué de plus de 10 % par rapport à leur sommet. Au nombre des autres méthodes de détection précoce qui ont été examinées figurent le toucher rectal et l'échographie transrectale[9]. La détection précoce explique probablement, en grande partie, la hausse passée de l'incidence du cancer de la prostate, mais la variation de certains facteurs de risque et de protection contribue sans doute également à cette hausse. Cependant, on n'a identifié à ce jour aucun facteur pertinent[9].

L'incidence du cancer du sein chez la femme a également augmenté constamment, mais graduellement, entre 1974 et 1992. Cette tendance à la hausse est sans doute due, en partie, à la fréquence croissante de la mammographie depuis le milieu des années 80, mais pourrait aussi dépendre des modèles de reproduction[10,11]. Cependant, depuis 1993, les taux d'incidence ont augmenté plus lentement, et les taux de mortalité du cancer du sein ont diminué continuellement depuis 1986. De fait, les données réelles les plus récentes de 1999 indiquent que le taux de mortalité par cancer du sein n'a jamais été aussi bas depuis 1950[12]. Une tendance à la baisse similaire s'observe aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie[12]. Ce n'est qu'en effectuant des recherches plus poussées qu'on pourra attribuer l'impact respectif de cette diminution au dépistage, à l'amélioration du traitement et à l'évolution de certains facteurs de risque ou de protection.

Quant aux lymphomes non hodgkiniens, on note une hausse continuelle de l'incidence et de la mortalité. Le sujet particulier dans l'édition de cette année traite plus en détail des questions épidémiologiques liées aux lymphomes non hodgkiniens.

Parmi tous les types de cancer examinés dans le présent rapport, on n'en dénombre que deux chez l'homme et un chez la femme dont l'incidence a augmenté à un taux moyen annuel supérieur à 2 % entre 1991 et 1998 (tableau 9 et figure 5). Il s'agit, chez l'homme, du cancer de la thyroïde (+2,8 %) et du mélanome (+2,4 %) et, chez la femme, du cancer de la thyroïde (+3,9 %). L'augmentation du taux d'incidence du cancer de la thyroïde a également été observée en Europe et dans certaines régions des États-Unis. On a avancé l'hypothèse que l'amélioration des techniques et méthodes de détection précoce (échographie et biopsie à l'aiguille) permet d'identifier des cancers à un stade précoce avec une plus grande fréquence qu'auparavant. Comme les traitements modernes assurent une survie normale à la majorité des patients, il est peu probable que le taux de mortalité augmente dans une même mesure. Une hausse de l'incidence du mélanome peut être liée à une exposition au soleil intense et à l'amélioration des méthodes de dépistage de la maladie. Les autres types de cancer dont l'incidence croit sensiblement, mais par moins de 2 %, sont les lymphomes non hodgkiniens dans la population des deux sexes, et le cancer du poumon ainsi que le mélanome chez les femmes.

Chez la femme, les hausses du taux de mortalité ont été les plus élevées pour le cancer du poumon, avec une hausse significative de 2,1 % par année entre 1991 et 1999. Chez l'homme comme chez la femme, on observe une hausse annuelle importante de la mortalité pour les lymphomes non hodgkiniens (+1,7 % et +0,6 %, respectivement).

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

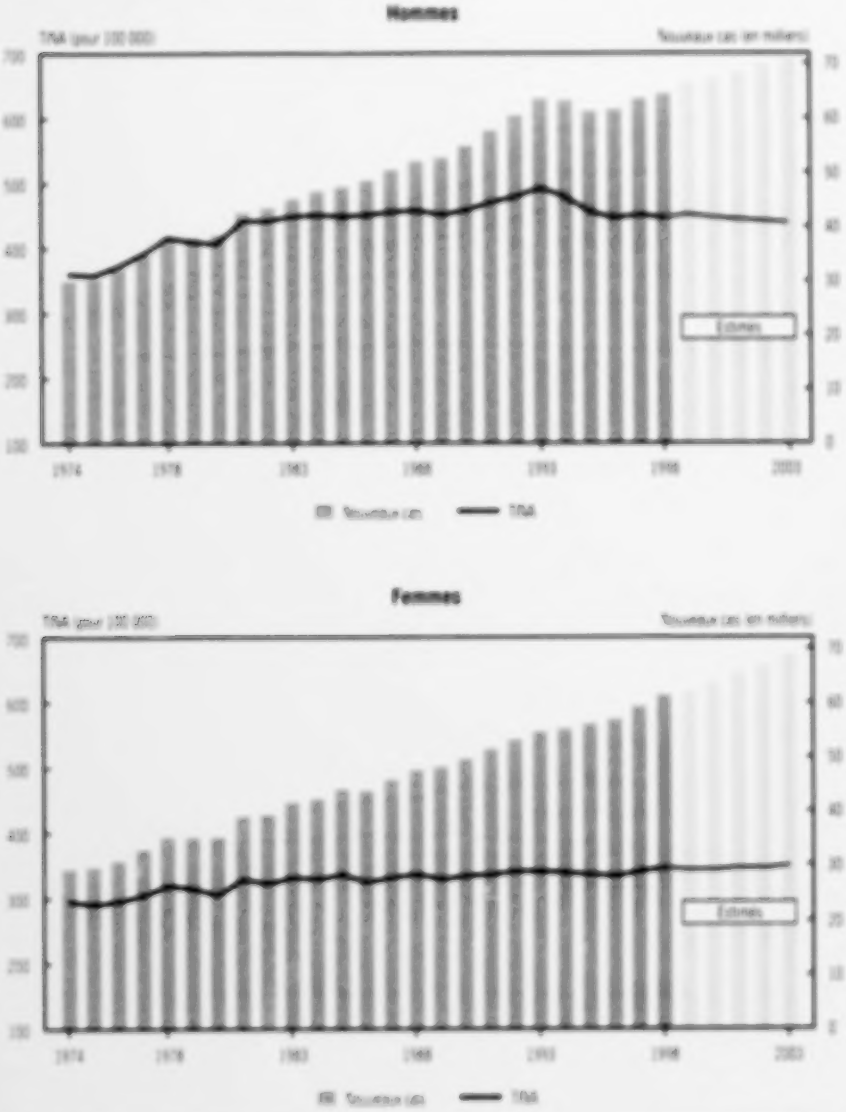
Les taux enregistrés pour d'autres sièges de cancer sont, dans l'ensemble, à la baisse. Depuis 1974, l'incidence du cancer colorectal et la mortalité due à ce dernier ont continué à baisser de manière significative, mais les raisons de ce phénomène ne sont pas bien comprises. Selon certaines données, la baisse des taux s'expliquerait en partie par des changements de mode de vie, notamment du régime alimentaire. En outre, il se dégage un consensus international au sujet des avantages du dépistage de masse du cancer colorectal. On étudie la possibilité d'une telle initiative au Canada à l'échelle provinciale. Cependant, le dépistage occasionnel est déjà bien répandu au Canada et pourrait avoir contribué à la baisse des taux de mortalité. Une telle hypothèse ne peut toutefois être vérifiée que par la mise en place et l'évaluation de programmes organisés de dépistage.

Les taux de mortalité ont chuté de façon spectaculaire pour la maladie de Hodgkin (-4,6 % chez l'homme et -5,8 % chez la femme), alors que l'incidence n'a baissé que légèrement, ce qui semble indiquer une amélioration des traitements et des chances de survie. La persistance de la tendance prononcée à la baisse de l'incidence du cancer de l'estomac (homme, -2,6 %; femme,-2,3 %) et de la mortalité due à ce dernier (homme, -2,7 %; femme, -3,1 %) reflète sans doute l'amélioration des habitudes alimentaires et le rôle des agents infectieux (p. ex., *Helicobacter pylori*). Les taux plus faibles observés pour le cancer invasif du col de l'utérus (-2,0 % pour l'incidence et -1,7 % pour la mortalité) témoignent probablement de l'effet de la détection précoce et du traitement des lésions précancéreuses grâce au test de Papanicolaou et au traitement des lésions non invasives. On note aussi une baisse statistiquement significative de l'incidence du cancer de la cavité buccale, du pancréas, du larynx, du poumon, de la vessie, et la leucémie chez l'homme et du cancer de la vessie et la leucémie chez la femme. De même, un recul statistiquement significatif de la mortalité a été enregistré pour le cancer de la cavité buccale, du pancréas, du larynx et du poumon chez l'homme.

L'extraction faite du cancer du poumon chez la femme, on observe une baisse des taux de mortalité pour la plupart des principaux cancers.

Figure 2.1

Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, Canada, 1974-2003

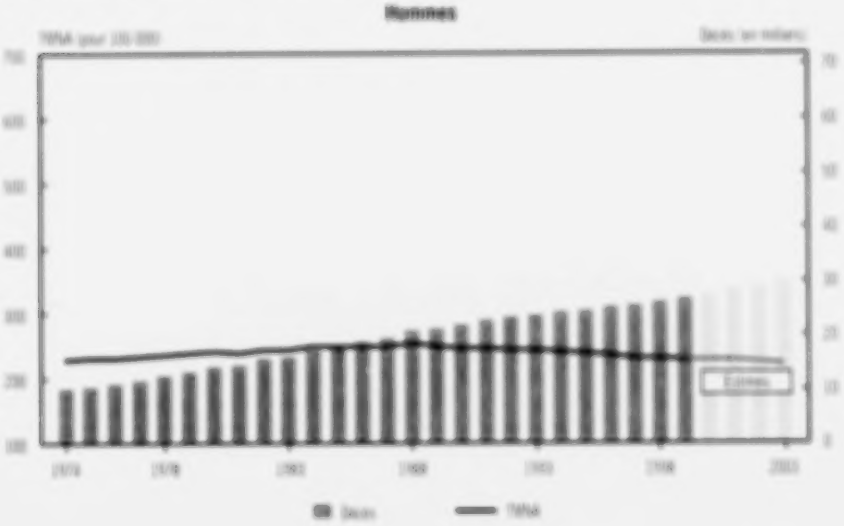


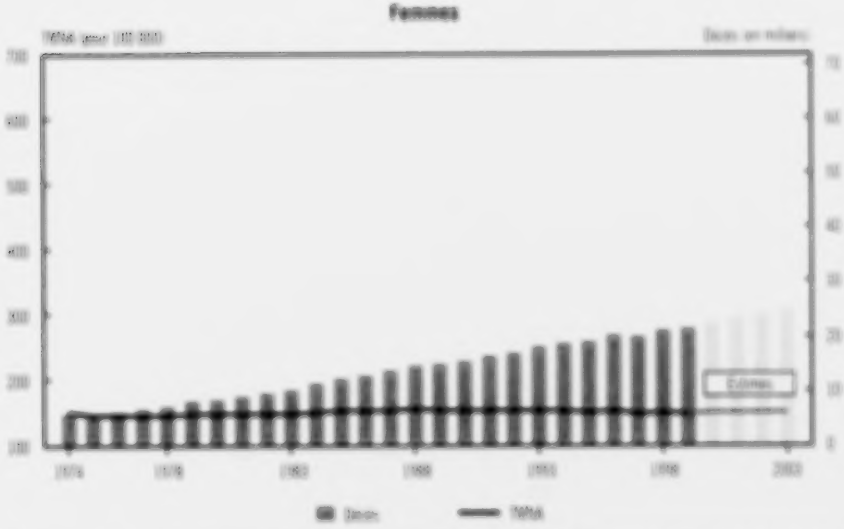
Note : La catégorie « tous les cancers » ne comprend pas les cancers cutanés sans mélanome (CIM-9 173). Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 2.2

Nombre de décès et de taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1974-2003



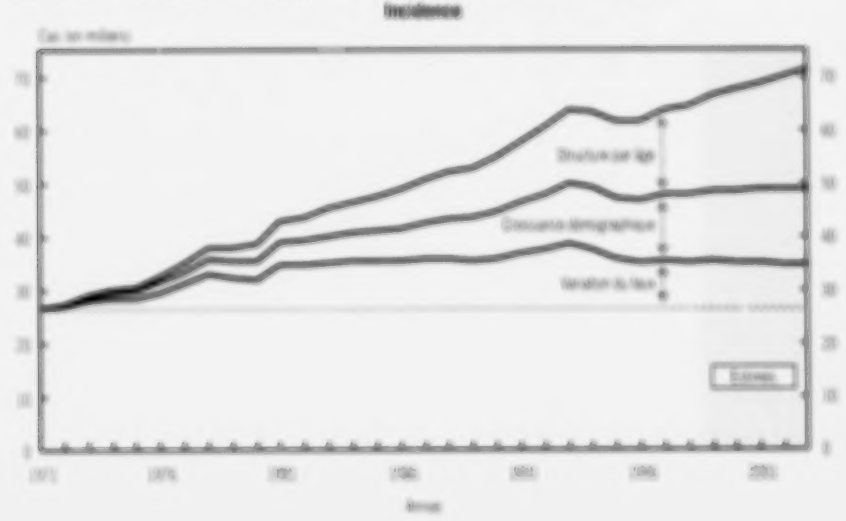


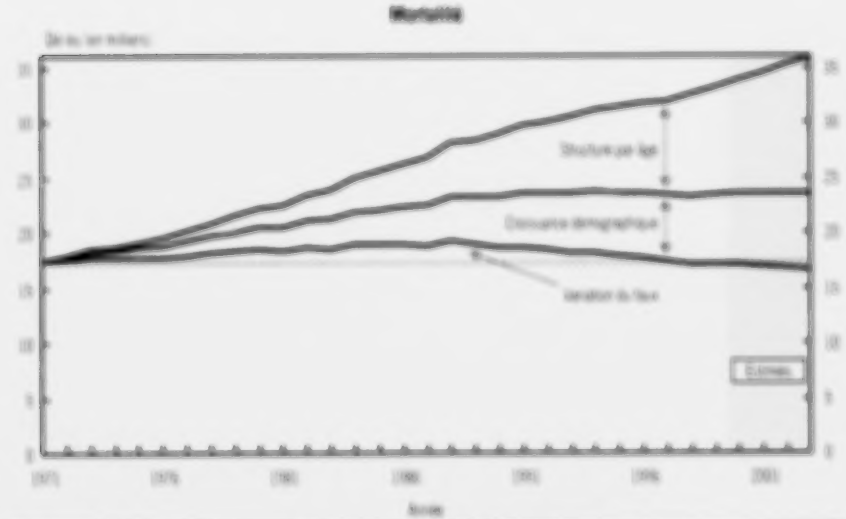
Note : La catégorie « tous les cancers » ne comprend pas les cancers cutanés sans mélanome (CIM-9 173). Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 2.3

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la structure par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1971-2003



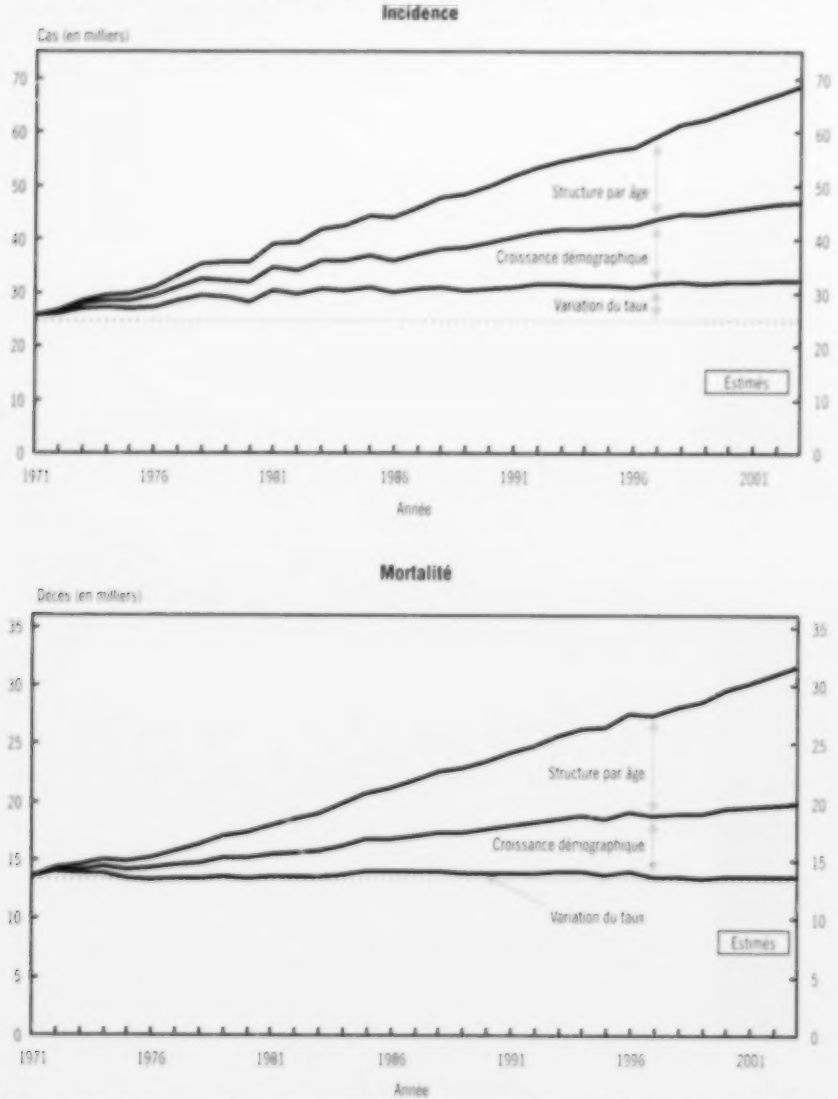


Note : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte du cancer cutané sans mélanome (CIM-9: 173).
L'espace sous les courbes représente la différence dans le nombre de cas ou de décès dus à chaque facteur. Pour plus de détails, consulter l'annexe A: Méthodologie.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCNC, Santé Canada

Figure 2.4

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la structure par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1971-2003

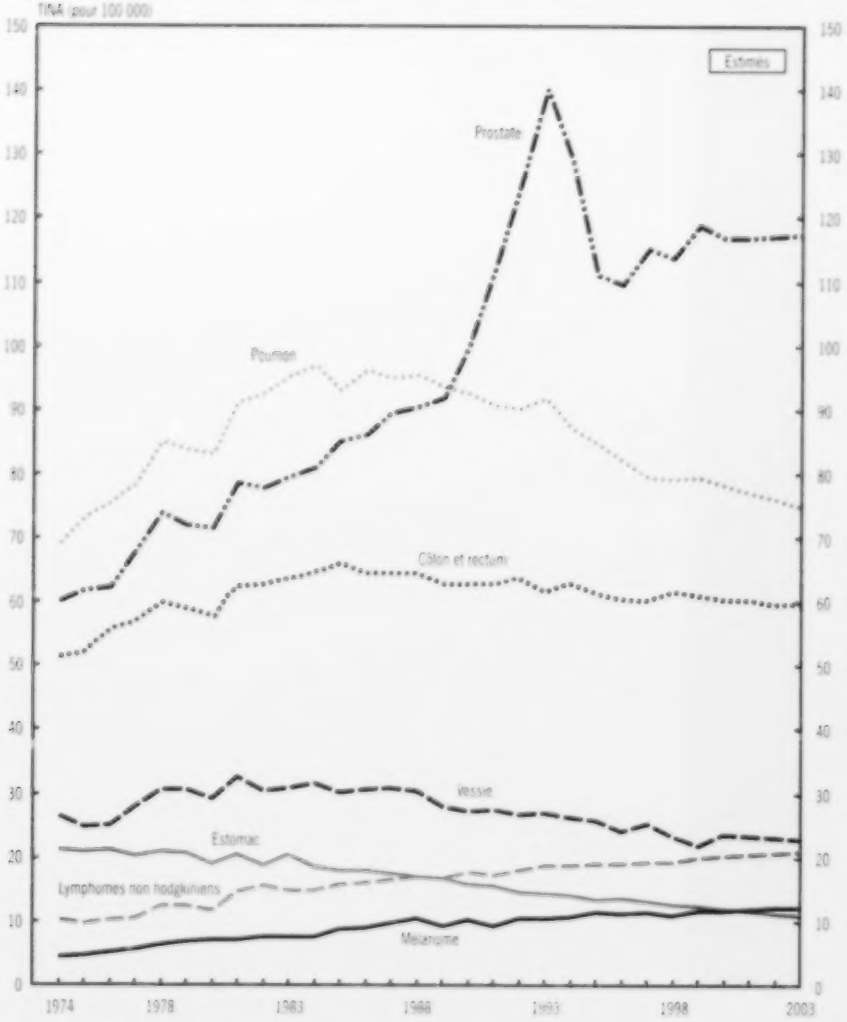


Note : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte du cancer cutané sans mélanome (CIM-9 173). L'espace sous les courbes représente la différence dans le nombre de cas ou de décès dus à chaque facteur. Pour plus de détails, consulter l'*annexe II: Méthodologie*.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 3.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1974-2003

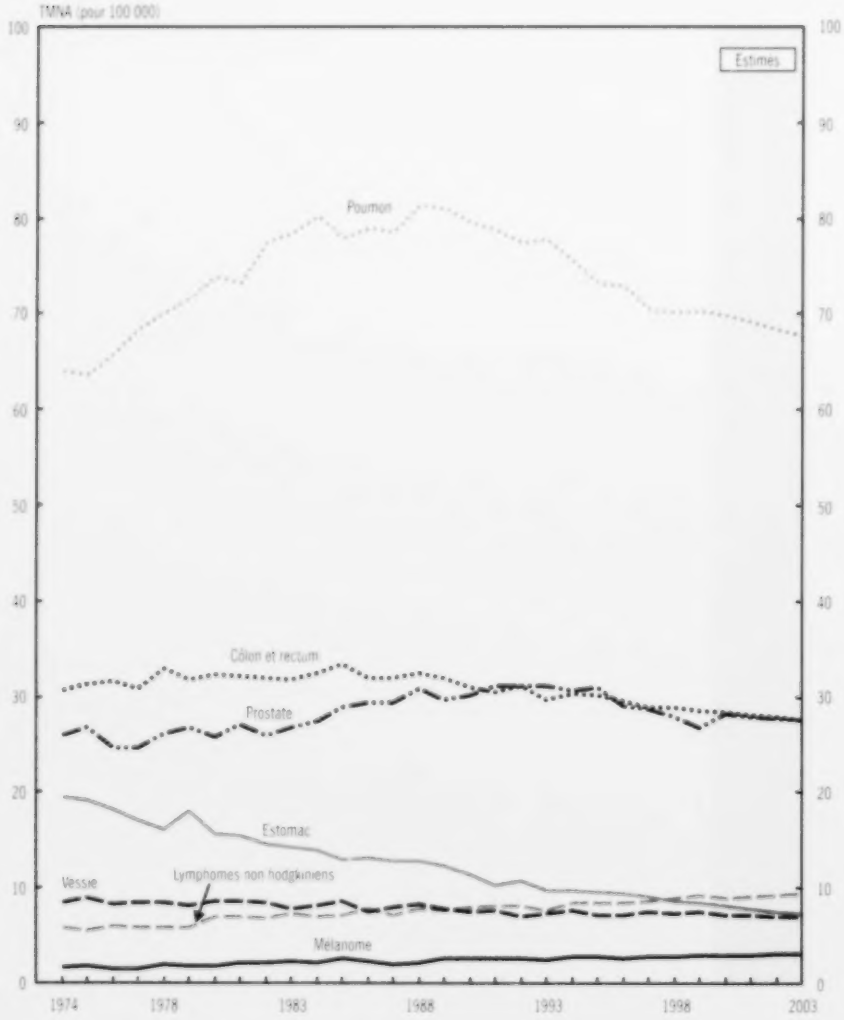


Note : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 7.1 pour les données.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 3.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1974-2003

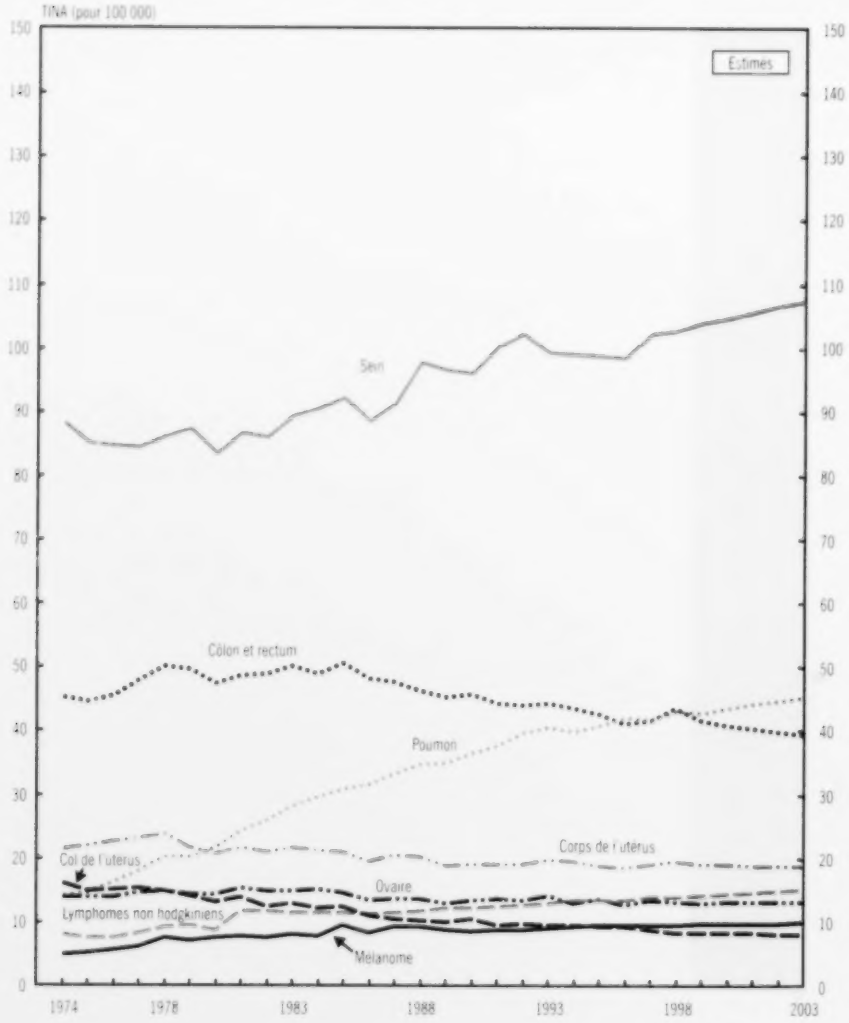


Note : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 7.2 pour les données.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 4.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1974-2003

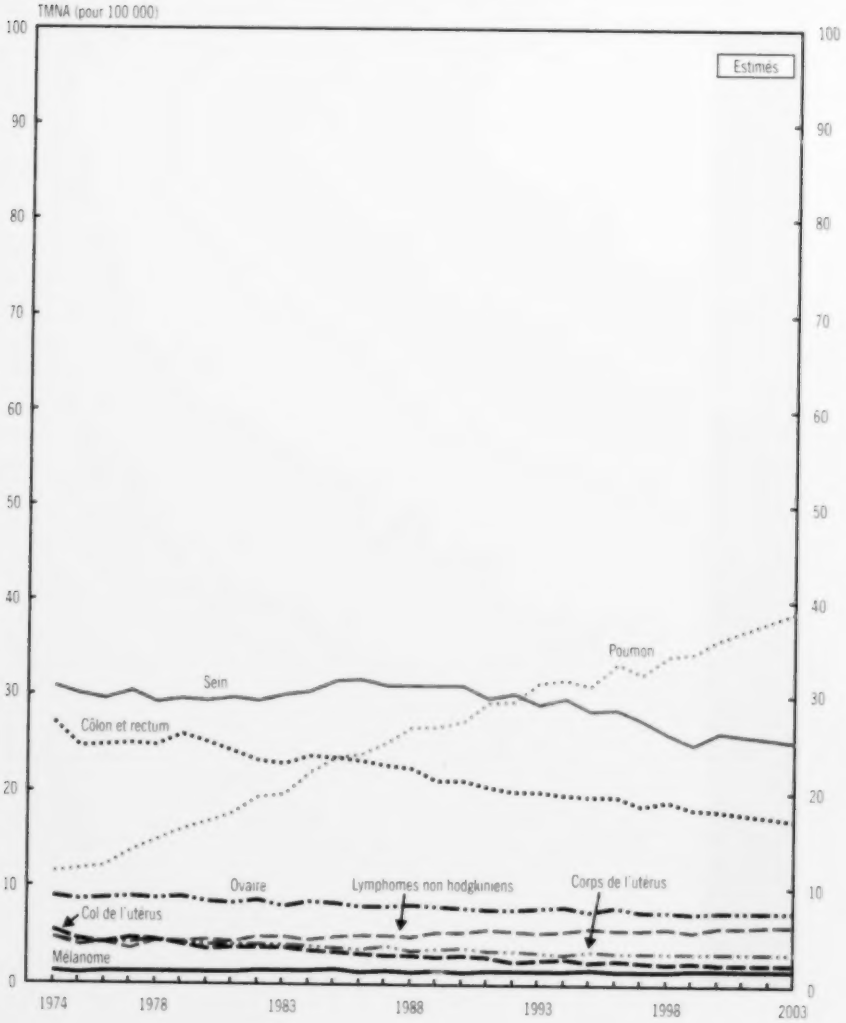


Note : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 8.1 pour les données.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 4.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1974-2003



Note : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 8.2 pour les données.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau 7.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancers, hommes, Canada, 1974-2003

Année	Taux pour 100 000							
	Tous les cancers	Prostate	Poumon	Côlon et rectum	Vessie	Lymphomes non hodgkiniens	Mélanome	Estomac
1974	359.8	60.0	69.0	51.6	26.4	10.1	4.5	21.1
1975	357.7	61.7	73.1	52.0	24.8	9.7	4.7	21.0
1976	371.9	62.1	75.7	55.9	25.1	10.1	5.1	21.2
1977	391.4	67.9	78.6	57.0	28.0	10.5	5.5	20.1
1978	417.2	74.0	85.1	59.9	30.6	12.5	6.4	20.9
1979	409.8	72.0	83.9	59.2	30.6	12.4	6.8	20.8
1980	406.2	71.4	83.2	57.9	29.2	11.6	7.0	19.0
1981	442.2	78.5	91.2	62.6	32.5	14.7	7.0	20.5
1982	440.7	77.8	92.6	62.7	30.3	15.6	7.5	18.7
1983	448.4	79.6	95.2	63.9	30.9	14.9	7.6	20.4
1984	450.1	80.9	97.1	64.7	31.7	14.9	7.5	18.4
1985	449.8	85.1	93.2	66.2	30.2	15.7	8.7	18.0
1986	451.9	86.1	96.4	64.7	30.6	16.0	9.0	18.0
1987	456.3	89.6	95.0	64.7	30.8	16.6	9.6	17.4
1988	458.5	90.4	95.5	64.6	30.3	17.0	10.4	17.0
1989	451.5	91.9	93.6	63.0	27.9	16.7	9.3	16.8
1990	457.6	99.8	92.7	63.0	27.2	17.7	10.1	15.8
1991	469.0	112.3	90.7	62.9	27.5	17.4	9.1	15.6
1992	480.1	125.3	90.3	64.0	26.8	17.9	10.5	14.6
1993	494.0	140.4	91.9	61.9	27.0	18.8	10.4	14.3
1994	479.3	129.4	87.3	63.0	26.3	18.8	10.8	14.1
1995	455.4	111.1	84.8	61.4	25.7	19.0	11.3	13.3
1996	446.4	109.6	82.2	60.5	24.1	19.1	11.1	13.6
1997	450.7	115.1	79.5	60.2	25.4	19.1	11.4	13.1
1998	445.8	113.7	79.3	61.8	23.5	19.3	11.1	12.6
1999*	451.2	118.9	79.5	61.0	22.0	19.9	11.8	12.3
2000*	446.6	116.9	78.3	60.4	23.7	20.1	11.7	11.9
2001*	444.0	117.0	77.1	60.2	23.4	20.4	11.9	11.6
2002*	441.6	117.2	76.0	59.9	23.2	20.7	12.1	11.3
2003*	439.2	117.4	74.9	59.7	22.9	21.0	12.3	11.0

* Taux estimés

Note : Les taux ne comprennent pas les cancers cutanés sans mélanome (CIM-9 173) et sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau 7.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1974-2003

Année	Taux pour 100 000							
	Tous les cancers	Poumon	Côlon et rectum	Prostate	Lymphomes non hodgkiniens	Estomac	Vessie	Mélanome
1974	229.2	63.9	30.6	25.9	5.9	19.4	8.5	1.6
1975	230.4	63.7	31.3	26.8	5.6	19.1	8.8	1.7
1976	230.2	65.8	31.7	24.7	6.0	18.2	8.3	1.5
1977	233.5	68.5	30.7	24.6	5.9	17.0	8.4	1.5
1978	236.4	70.1	32.9	26.1	5.9	16.1	8.4	1.9
1979	239.4	71.7	31.8	26.7	5.9	18.0	8.1	1.7
1980	240.7	74.0	32.3	25.8	7.0	15.5	8.6	1.7
1981	239.2	73.2	32.2	27.1	6.9	15.3	8.6	2.1
1982	243.5	77.4	31.9	26.0	6.8	14.6	8.4	2.1
1983	242.9	78.4	31.8	26.7	7.2	14.3	7.8	2.3
1984	247.9	80.2	32.4	27.4	7.0	13.9	8.1	2.1
1985	249.0	78.0	33.4	28.9	7.1	13.0	8.6	2.6
1986	249.0	79.0	32.0	29.4	7.7	13.1	7.4	2.3
1987	248.2	78.6	32.0	29.4	7.1	12.9	7.9	2.0
1988	254.7	81.3	32.4	30.7	7.8	12.8	8.3	2.2
1989	249.5	81.1	31.9	29.7	7.7	12.3	7.8	2.6
1990	246.5	79.5	30.9	30.1	7.9	11.3	7.5	2.6
1991	247.2	78.8	30.4	31.2	8.1	10.3	7.7	2.6
1992	244.7	77.5	31.1	31.0	8.1	10.7	6.9	2.6
1993	242.7	77.9	29.7	31.0	7.7	9.7	7.4	2.4
1994	241.6	75.5	30.2	30.7	8.4	9.7	7.6	2.7
1995	238.7	73.2	30.1	31.0	8.4	9.6	7.2	2.8
1996	236.2	72.9	29.4	29.0	8.4	9.4	7.2	2.6
1997	231.8	70.5	28.9	28.7	8.7	9.0	7.4	2.8
1998	230.0	70.2	28.9	27.9	8.9	8.6	7.2	2.8
1999	228.7	70.3	28.5	26.7	9.2	8.4	7.5	2.9
2000*	228.6	69.8	28.3	28.1	9.0	8.0	7.1	2.9
2001*	227.0	69.1	28.1	27.9	9.1	7.8	7.1	3.0
2002*	225.3	68.4	27.8	27.7	9.2	7.5	7.0	3.0
2003*	223.7	67.8	27.6	27.5	9.4	7.3	7.0	3.1

* Taux estimés

Note : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau 8.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1974-2003

Année	Taux pour 100 000									
	Tous les cancers	Sein	Poumon	Côlon et rectum	Corps de l'utérus	Lymphomes non hodgkiniens	Ovaire	Mélanome	Col de l'utérus	Estomac
1974	294.9	88.3	14.0	45.2	21.5	8.1	13.8	5.0	16.1	9.9
1975	290.2	85.1	14.7	44.5	21.8	7.5	13.7	5.1	14.9	10.4
1976	294.9	84.6	16.3	45.4	22.7	7.5	13.9	5.6	15.2	9.3
1977	306.0	84.4	17.9	48.0	23.0	8.3	14.5	6.1	15.4	9.3
1978	319.4	86.1	20.1	50.2	23.9	9.2	14.9	7.6	14.7	9.5
1979	313.8	87.3	20.3	49.7	21.7	9.6	14.5	7.1	14.2	9.2
1980	305.5	83.3	21.7	47.4	20.8	8.8	14.4	7.5	13.0	8.6
1981	328.1	86.5	24.3	48.6	21.6	11.6	15.4	7.8	13.9	9.8
1982	321.0	86.0	25.9	48.9	21.0	11.7	14.7	7.5	12.3	8.7
1983	332.8	89.3	28.3	50.2	21.6	11.5	14.9	8.0	12.9	8.7
1984	329.5	90.4	29.6	48.9	21.2	11.3	15.0	7.7	12.2	8.1
1985	335.6	92.2	30.9	50.6	20.8	11.4	14.6	9.5	12.3	8.0
1986	324.9	88.6	31.6	48.2	19.5	11.3	13.3	8.3	10.9	8.3
1987	330.7	91.1	33.2	47.6	20.5	11.5	13.7	9.3	10.4	8.0
1988	336.0	97.8	34.8	46.1	20.1	11.7	13.6	9.2	10.2	7.2
1989	330.0	96.4	35.0	45.3	18.7	12.2	13.0	8.6	10.0	7.2
1990	333.2	96.0	36.5	45.6	19.0	12.1	13.4	8.5	10.4	6.9
1991	337.1	100.1	37.7	44.1	18.9	12.4	13.6	8.8	9.6	6.4
1992	340.9	102.0	39.6	44.0	18.9	12.7	13.5	8.7	9.6	6.5
1993	340.9	99.2	40.6	44.2	19.7	12.9	14.1	9.0	9.5	6.3
1994	339.0	98.9	39.8	43.6	19.4	13.5	12.9	9.2	9.4	6.3
1995	337.2	98.7	40.8	42.4	18.6	13.3	13.6	9.4	9.3	6.0
1996	335.3	98.5	42.0	41.0	18.5	13.3	12.5	9.5	9.2	5.9
1997	340.4	102.0	41.9	41.6	18.9	13.8	13.3	9.5	8.7	5.6
1998	345.4	102.6	42.9	43.6	19.5	13.9	13.2	9.5	8.2	5.6
1999*	342.9	103.8	42.8	41.5	19.1	14.1	12.9	9.6	8.3	5.3
2000*	344.6	104.6	43.6	40.8	18.9	14.3	13.2	9.7	8.3	5.1
2001*	345.7	105.5	44.2	40.3	18.8	14.5	13.2	9.7	8.2	5.0
2002*	346.8	106.4	44.7	39.9	18.8	14.7	13.1	9.8	8.0	4.8
2003*	347.9	107.3	45.3	39.5	18.7	15.0	13.1	9.9	7.9	4.7

* Taux estimés

Note : Les taux ne comprennent pas les cancers cutanés sans mélanome (CIM-9 173) et sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau 8.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1974-2003

Année	Taux pour 100 000									
	Tous les cancers	Poumon	Sein	Côlon et rectum	Ovaire	Lymphomes non hodgkiniens	Estomac	Corps de l'utérus	Col de l'utérus	Mélanome
1974	152.5	11.7	31.1	27.5	9.1	4.8	9.0	4.7	5.6	1.3
1975	147.3	12.1	30.3	24.9	8.9	4.0	8.8	4.3	4.7	1.2
1976	146.0	12.4	29.9	25.0	9.1	4.4	8.5	4.4	4.4	1.3
1977	147.1	13.9	30.6	25.2	9.1	3.8	7.4	4.4	4.8	1.3
1978	147.6	15.0	29.5	25.1	9.0	4.5	7.4	4.6	4.7	1.3
1979	150.2	16.3	29.8	26.1	9.1	4.4	7.2	4.3	4.2	1.2
1980	148.5	17.1	29.7	25.3	8.6	4.6	6.8	4.2	3.7	1.2
1981	149.0	17.9	30.1	24.4	8.5	4.5	7.5	4.1	3.9	1.3
1982	149.3	19.6	29.7	23.5	8.8	4.9	6.7	4.1	3.9	1.5
1983	149.4	19.9	30.4	23.1	8.2	4.9	6.5	4.2	3.9	1.5
1984	151.9	22.2	30.7	23.8	8.7	4.7	5.7	4.0	3.5	1.5
1985	154.8	23.8	31.8	23.7	8.5	5.0	6.0	3.8	3.3	1.6
1986	154.4	24.0	32.0	23.5	8.2	5.1	6.1	3.6	3.2	1.3
1987	154.0	25.3	31.3	23.0	8.2	5.2	5.7	4.1	3.0	1.5
1988	155.3	26.9	31.4	22.7	8.4	5.0	5.1	3.6	3.0	1.3
1989	153.1	27.0	31.2	21.3	8.1	5.5	5.5	3.7	2.9	1.4
1990	153.0	27.6	31.3	21.3	8.1	5.5	5.0	3.9	3.0	1.2
1991	153.5	29.5	30.1	20.7	7.8	5.7	4.9	3.5	2.8	1.4
1992	153.1	29.6	30.4	20.2	7.8	5.5	4.9	3.5	2.4	1.5
1993	154.8	31.7	29.4	20.3	8.0	5.5	4.5	3.4	2.6	1.5
1994	155.0	31.9	30.0	19.9	8.1	5.7	4.5	3.2	2.7	1.5
1995	151.9	31.3	28.7	19.8	7.7	5.9	4.6	3.6	2.4	1.6
1996	155.1	33.6	28.9	19.7	8.2	5.8	4.4	3.4	2.6	1.5
1997	150.2	32.6	27.7	18.8	7.7	5.8	3.9	3.4	2.5	1.5
1998	151.0	34.5	26.4	19.2	7.7	6.0	3.8	3.4	2.3	1.5
1999	149.4	34.8	25.2	18.5	7.5	5.7	4.0	3.3	2.4	1.5
2000*	151.2	36.3	26.5	18.2	7.7	6.1	3.7	3.4	2.3	1.6
2001*	151.0	37.2	26.1	17.9	7.7	6.1	3.6	3.3	2.3	1.6
2002*	150.8	38.2	25.8	17.7	7.7	6.2	3.5	3.3	2.2	1.6
2003*	150.5	39.2	25.4	17.4	7.6	6.3	3.4	3.3	2.2	1.6

* Taux estimés

Note : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau 9

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence (1991-1998) et de mortalité (1991-1999) normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, Canada

	VAMP de l'incidence 1991-1998		VAMP de la mortalité 1991-1999	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Tous les cancers	**-1,2***	**0,1**	**-1,0****	**-0,3***
Thyroïde	2.8*	3.9**	0.0	1.1
Mélanome	2.4*	1.4**	1.6*	0.5
Lymphomes non hodgkiniens	1.3**	1.5**	1.7**	0.6
Testicule	1.2	–	-0.2	–
Myélome multiple	1.4	0.4	-0.1	-0.3
Sein	–	0.2	–	-2.1**
Corps de l'utérus	–	0.0	–	-0.4
Encéphale	-0.4	0.2	0.4	-0.1
Poumon	-2.3**	1.6**	-1.6**	2.1**
Rein	-0.3	-0.5	0.1	-0.4
Ovaire	–	-0.6	–	-0.5
Côlon et rectum	-0.6*	-0.8	-0.9**	-1.2**
Maladie de Hodgkin	-1.4*	-0.2	-4.6**	-5.8*
Leucémie	-0.9**	-0.8*	-0.7	-1.2
Pancréas	-1.6**	-0.1	-1.0*	-0.3
Prostate	-1.5	–	-1.9**	–
Vessie	-2.1**	-1.5*	0.0	-0.2
Col de l'utérus	–	-2.0**	–	-1.7*
Cavité buccale	-3.6**	-1.2	-2.8**	-0.5
Estomac	-2.6**	-2.3**	-2.7**	-3.1**
Larynx	-3.5**	-2.3	-3.3**	-2.8

– Sans objet

* significatif à p = 0.05

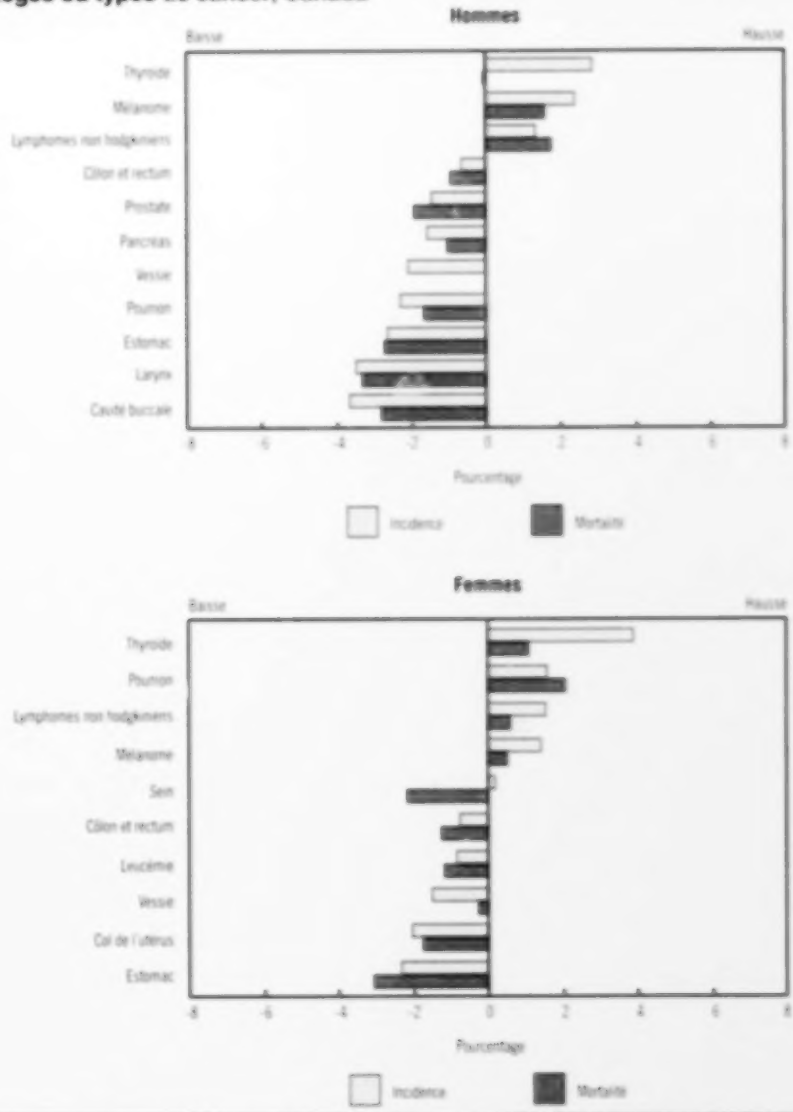
** significatif à p = 0.01

Note : La variation annuelle moyenne en pourcentage est calculée en fonction d'un modèle log-linéaire; les taux d'incidence ne comprennent pas les cancers sans mélanome (CIM-9 173). Les sièges ou types de cancer sont classés en ordre décroissant des pourcentages combinés de la variation annuelle moyenne des taux d'incidence.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 5

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence (1991-1998) et de mortalité (1991-1999) normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, Canada

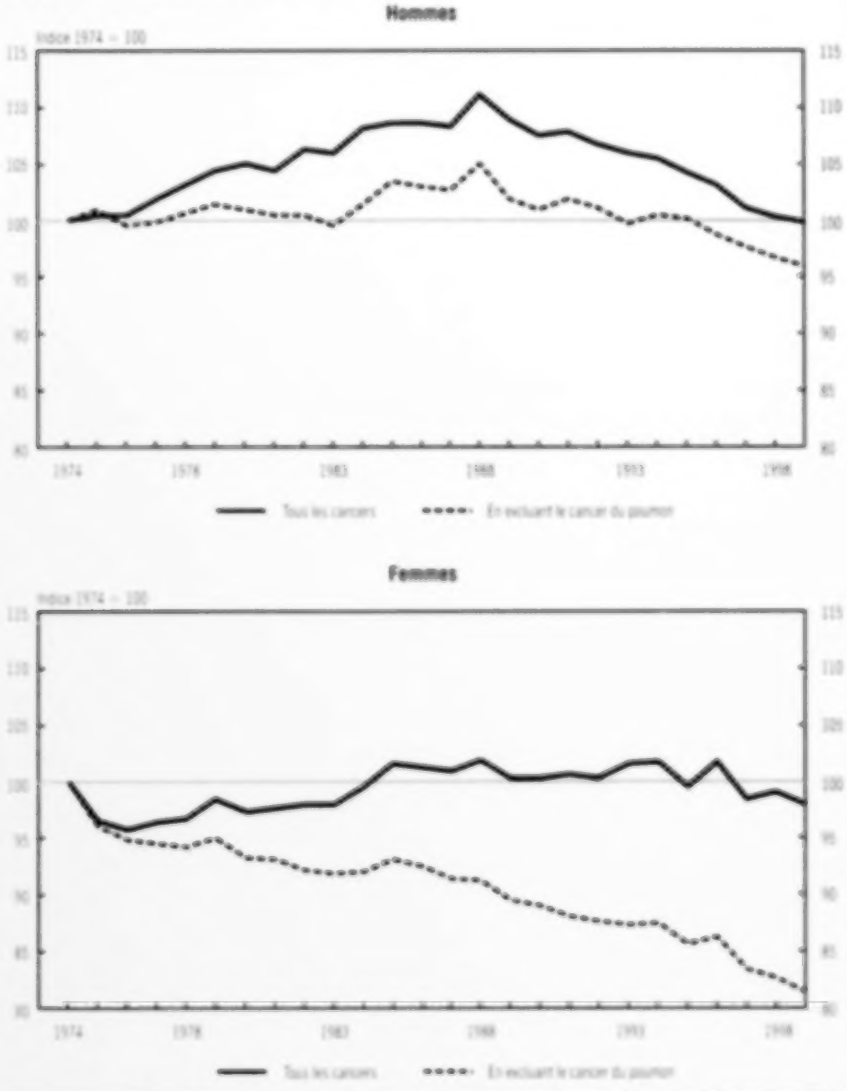


Note : Voir le tableau 9 pour obtenir le pourcentage pour tous les sièges ou types de cancer. Ces derniers sont classés en ordre décroissant des pourcentages combinés de la variation annuelle moyenne des taux d'incidence

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 6

Indice des taux de mortalité normalisés selon l'âge, avec et sans le cancer du poumon, Canada, 1974-1999



Note : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Veuillez consulter également le glossaire et l'*annexe II: Méthodologie*.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

RÉPARTITION DES CAS DE CANCER SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Nous présentons ici les estimations pour l'année 2003, par groupe d'âge de 10 ans, pour tous les sièges et types de cancer confondus (tableau 10) et pour les quatre principaux sièges de cancer (tableau 11). Le cancer est une maladie qui frappe principalement les personnes âgées. Les estimations pour 2003 présentées au tableau 10 montrent que 62 200 nouveaux cas (44 %) et 39 700 décès dus au cancer (59 %) surviendront chez les Canadiens d'au moins 70 ans et qu'en outre, 33 900 nouveaux cas (24 %) et 14 300 décès (21 %) seront enregistrés dans le groupe des 60 à 69 ans. Par contre, chez les moins de 20 ans, on observera seulement 1 % des nouveaux cas et 0,3 % des décès. Les estimations pour les principaux sièges ou types de cancer chez les plus de 20 ans (tableau 11) indiquent que près de 50 % des nouveaux cas de cancer du poumon, de la prostate, et du côlon et du rectum seront diagnostiqués chez des personnes d'au moins 70 ans. Par exemple, pour le cancer de la prostate, 53 % des cas et 86 % des décès surviennent chez des hommes de plus de 70 ans. En ce qui a trait au cancer du sein, 22 % des cas seront diagnostiqués chez les femmes de moins de 50 ans, 48 % chez les femmes de 50 à 69 ans et 31 % chez les femmes de 70 ans et plus.

Les tendances des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge depuis 1971, pour tous les cancers et pour quatre groupes d'âge sont représentées graphiquement dans la figure 7 (une échelle différente sur l'axe des y étant prévue pour chaque groupe d'âge, compte tenu du large éventail des taux selon l'âge). Depuis 1981, les taux d'incidence du cancer ont crû principalement chez les Canadiens et les Canadiennes de 50 ans et plus. Les différences liées au sexe chez les personnes de 50 ans et plus sont dues presque certainement à des changements dans l'incidence du cancer de la prostate, inaugurés par des hausses rapides au début des années 90.

La baisse assez régulière de la mortalité par cancer observée depuis 1988 au Canada, tant chez les hommes que chez les femmes de tous les groupes d'âge au-dessous de 70 ans, est très encourageante. Dans l'ensemble, depuis 1970, les taux de mortalité ont diminué considérablement chez les Canadiens de 0 à 19 ans et de façon plus modérée chez les 20 à 49 ans. Chez les hommes et les femmes de 50 à 69 ans, la réduction de la mortalité se manifeste principalement depuis la fin des années 80.

Les taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer selon l'âge, par groupes d'âge de 5 ans, sont présentés graphiquement à partir des données réelles d'incidence pour 1998 et de mortalité pour 1999, soit les années les plus récentes pour lesquelles nous disposons de données complètes (figure 8). Aussi bien chez les hommes que chez les femmes, l'incidence du cancer et la mortalité par cancer augmentent considérablement avec l'âge; on dénombre ainsi 19 fois plus de nouveaux cas chez les personnes de 80 ans et plus que chez les moins de 20 ans. Alors que pour le groupe des 20 à 54 ans, le taux d'incidence était légèrement plus élevé chez la femme que chez l'homme, pour tous les autres groupes d'âge, il était plus élevé chez l'homme. C'est dû à la plus forte incidence du cancer du sein et des organes génitaux chez la femme en âge de procréer, d'une part, et à la plus forte incidence de la plupart des types de cancer chez les hommes âgés, d'autre part. Les taux de mortalité étaient supérieurs chez les hommes de tous les groupes d'âge, à l'exception de ceux de 35 à 54 ans.

RÉPARTITION DES CAS DE CANCER SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Le cancer frappe surtout les Canadiens âgés.
La baisse des taux de mortalité est principalement observée chez les groupes d'âge jeunes.

Tableau 10

Nombre estimé de nouveaux cas de cancer et de décès dus au cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2003

Groupe d'âge	Population (en milliers) Estimations pour 2003			Nouveaux cas Estimations pour 2003			Décès Estimations pour 2003		
	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F
0-19	7 802	3 997	3 805	1 250	670	590	210	110	100
20-29	4 254	2 158	2 096	1 650	760	900	250	130	120
30-39	4 792	2 416	2 377	4 500	1 650	2 800	860	360	500
40-49	5 260	2 636	2 625	12 200	4 100	8 100	3 400	1 500	1 950
50-59	4 010	1 991	2 019	24 300	11 000	13 300	8 600	4 300	4 300
60-69	2 536	1 230	1 306	33 900	19 400	14 500	14 300	8 200	6 100
70-79	1 855	827	1 028	38 400	22 200	16 200	20 800	11 900	8 900
80+	1 038	359	680	23 800	11 500	12 200	18 900	9 300	9 600
Tous les âges	**31 549**	**15 614**	**15 934**	**139 900**	**71 300**	**68 600**	**67 400**	**35 800**	**31 600**

Note : Les chiffres relatifs à l'incidence ne comprennent pas les cancers cutanés sans mélanome (CIM-9 173). Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total estimé. Pour en savoir davantage, veuillez consulter l'*annexe II : Méthodologie*. Les projections de la population pour 2003 ont été fournies par la Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada.

Tableau 11

Nombre estimé de nouveaux cas de cancer et de décès dus au cancer pour certains sièges ou types de cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2003

Groupe d'âge	Poumon			Côlon et rectum			Prostate	Sein
	Total	H	F	Total	H	F	H	F
Nouveaux cas								
20-29	20	15	10	30	15	15	–	70
30-39	180	80	100	220	120	100	5	900
40-49	1 050	450	580	1 050	560	480	220	3 700
50-59	3 400	1 750	1 650	2 700	1 600	1 150	2 400	5 500
60-69	6 000	3 600	2 400	4 200	2 600	1 650	6 200	4 600
70-79	7 000	4 300	2 700	5 600	3 100	2 500	6 700	4 000
80+	3 400	1 950	1 500	4 200	1 750	2 400	3 200	2 500
20 ans et plus	**21 100**	**12 200**	**9 000**	**18 000**	**9 800**	**8 300**	**18 800**	**21 100**
Décès								
20-29	5	–	5	15	5	5	–	10
30-39	100	40	60	65	30	30	–	130
40-49	780	340	430	310	170	140	10	560
50-59	2 500	1 400	1 150	920	540	380	130	970
60-69	4 900	3 000	1 950	1 650	1 050	620	530	940
70-79	6 600	4 000	2 600	2 500	1 450	1 050	1 500	1 250
80+	3 900	2 200	1 700	2 800	1 200	1 600	2 100	1 450
20 ans et plus	**18 800**	**10 900**	**7 900**	**8 300**	**4 400**	**3 800**	**4 200**	**5 300**

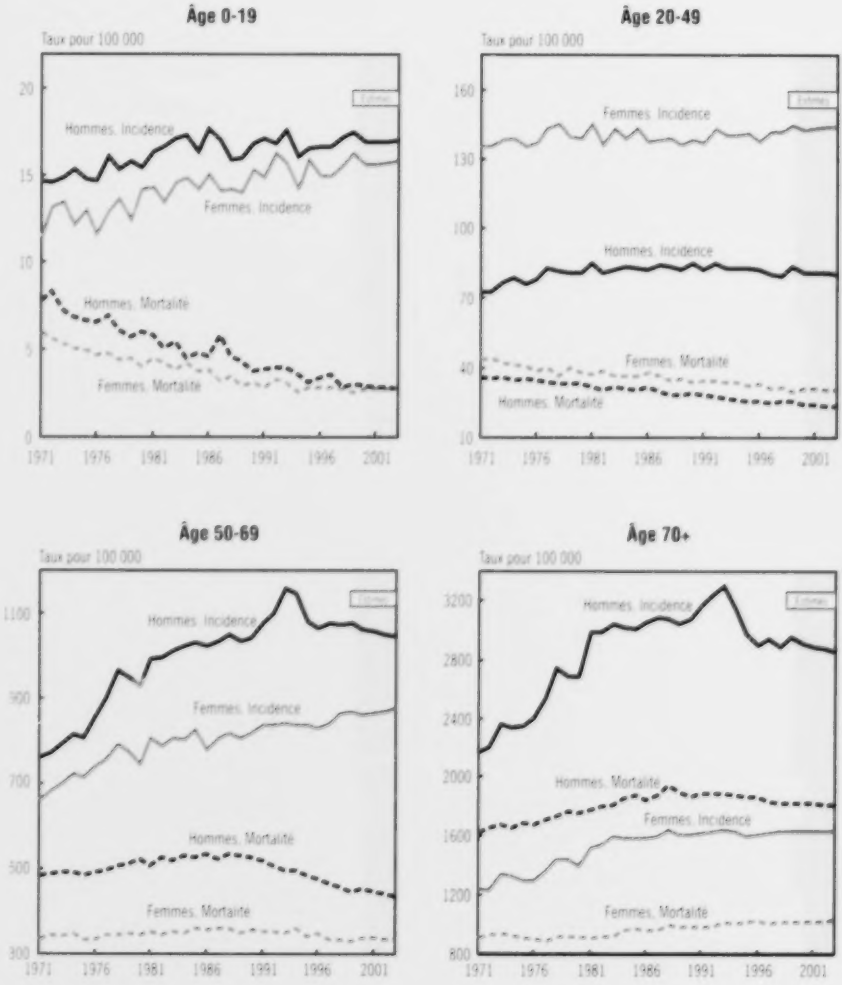
– Moins de 3 cas ou décès

Note: Les chiffres relatifs à l'incidence ne comprennent pas les cancers cutanés sans mélanome (CIM-9 173). Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total estimé. Pour en savoir davantage, veuillez consulter l'*annexe II : Méthodologie*.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 7

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge, par grand groupe d'âge et pour tous les cancers, Canada, 1971-2003



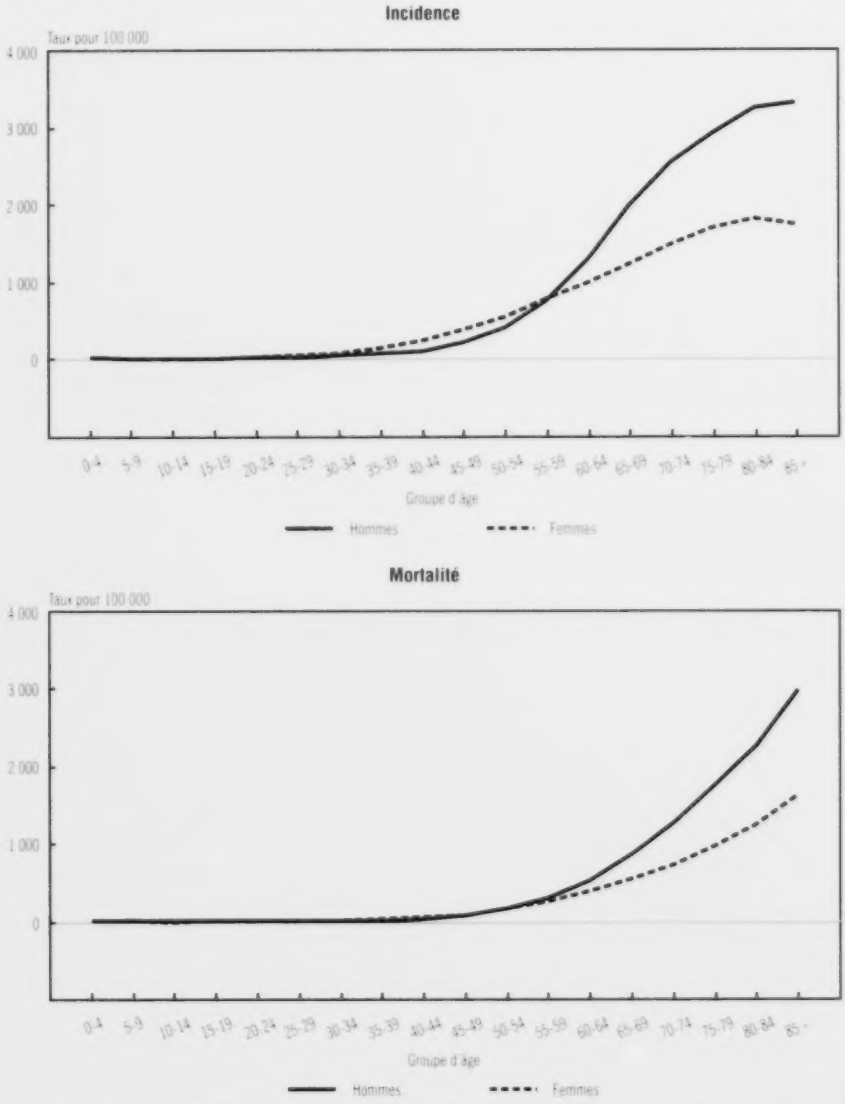
Note : Les fourchettes des taux varient considérablement d'un groupe d'âge à l'autre. Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte du cancer cutané sans mélanome (CIM-9 173).

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

RÉPARTITION DES CAS DE CANCER SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Figure 8

Taux d'incidence (1998) et de mortalité (1999) par groupe d'âge pour tous les cancers, selon le sexe, Canada



Note : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte du cancer cutané sans mélanome (CIM-9 173).
Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

PROBABILITÉ D'ÊTRE ATTEINT ET DE MOURIR DU CANCER

On présente au tableau 12 la probabilité selon l'âge (exprimée en pourcentage) que les Canadiens et Canadiennes soient atteints des formes de cancer les plus courantes pour certains groupes d'âge de 10 ans, ainsi que la probabilité qu'ils soient atteints d'une de ces formes de cancer au cours de leur vie ou qu'ils en meurent.

Le calcul de ces probabilités reflète l'incidence du cancer chez les membres d'une cohorte hypothétique. Par exemple, si l'on suit une cohorte de 1 000 hommes de 50 ans jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 59 ans, on estime que 57 d'entre eux, soit 5,7 % (1 sur 17,5), seront atteints d'un cancer au cours de cette période. Ce calcul représente le risque qu'un homme de 50 ans souffre d'un cancer avant l'âge de 60 ans. En suivant le même raisonnement, on estime que le risque qu'une femme de 60 ans soit atteinte d'un cancer avant l'âge de 70 ans s'établit à 10,2 % (1 femme sur 9,8). Pour ce qui est de la probabilité d'être atteint d'un cancer dans sa vie, les données sont présentées en termes de probabilité et de probabilité inverse, exprimées en pourcentage. Par exemple, dans le cas des hommes, la probabilité globale (au cours de la vie) d'être atteint d'un cancer s'établit à 0,41 (41 %), tandis que la probabilité inverse s'établit à 2,4. Ainsi on prévoit qu'environ 2 hommes sur 5 seront atteints d'un cancer quelconque durant leur vie. De même, 1 femme sur 2,7 (un peu plus de 1 femme sur 3) souffrira d'un cancer à un moment de sa vie. Par ailleurs, 1 homme sur 3,6 et 1 femme sur 4,3 (c.-à-d. plus de 1 homme sur 4 et plus de 1 femme sur 5) seront emportés par le cancer.

Au cours de sa vie, 1 femme sur 8,8 sera atteinte du cancer du sein, qui est la forme la plus courante de cancer (excepté le cancer de la peau autre que le mélanome) dont souffrent les femmes, et 1 femme sur 27,4 sera emportée par cette maladie. Aussi, 1 femme sur 16,3 sera atteinte du cancer colorectal, mais 1 sur 30,7 seulement en mourra. Enfin, 1 sur 18,1 sera atteinte du cancer du poumon et 1 sur 20,1 y succombera, ce qui en fait la cause la plus probable de décès par cancer chez les Canadiennes. Au cours de sa vie, 1 homme sur 8,3 sera atteint du cancer de la prostate, mais 1 sur 28,1 seulement en mourra. Comparativement, 1 homme sur 11,4 sera victime du cancer du poumon, et 1 sur 12 sera emporté par ce dernier, ce qui en fait de loin la principale cause de décès par cancer chez les Canadiens de sexe masculin.

La probabilité d'être atteint d'un cancer au cours des 10 prochaines années est un indicateur utile du risque de cancer à court terme. Bien que le risque que se développe un cancer du sein durant la vie d'une femme s'établisse à 11,4 % (1 femme sur 8,8) et que le risque augmente avec l'âge, le risque qu'une femme de 60 ans soit atteinte d'un cancer du sein avant l'âge de 70 ans n'est que de 3,1 % (1 femme sur 33,3). Signalons qu'une femme de 60 ans qui soupèse le risque d'avoir un cancer du sein attache davantage d'importance à cette dernière probabilité statistique qu'à la première. Le tableau 12 montre dans quelle mesure le risque d'être atteint du cancer de la prostate augmente avec l'âge. Avant l'âge de 50 ans, il est peu probable qu'un homme souffre de ce cancer. Cependant, le risque pour un homme de 70 ans d'être atteint d'un cancer de la prostate avant l'âge de 80 ans s'établit à 6,1 % (1 homme sur 16,4). Il s'agit du risque le plus élevé, et pour l'homme et pour la femme, de souffrir d'un cancer pendant l'une ou l'autre des décennies de leur vie.

Chez les personnes très âgées (80-89 ans), la baisse de la probabilité d'être atteint de plusieurs types de cancer et d'en mourir, qui contraste avec l'augmentation du risque avec l'âge, s'explique par l'augmentation de la probabilité de décès par d'autres causes à un âge très avancé.

PROBABILITÉ D'ÊTRE ATTEINT ET DE MOURIR DU CANCER

Une femme sur 4,3 et un homme sur 3,6 mourront du cancer.

Tableau 12

Probabilité d'être atteint du cancer, selon l'âge, et probabilité au cours de la vie d'être atteint du cancer et d'en mourir, Canada

	Probabilité (%) de souffrir d' un cancer au cours des 10 prochaines années, selon le groupe d' âge						Probabilité à vie (%) de :			
							souffrir		mourrir	
	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	%	Un sur :	%	Un sur :
Hommes										
Tous les cancers	**0,6**	**1,6**	**5,7**	**14,4**	**20,9**	**19,6**	**41,2**	**2,4**	**27,4**	**3,6**
Prostate	–	0,1	1,2	4,6	6,1	5,5	12,0	8,3	3,6	28,1
Poumon	–	0,2	1,0	2,9	4,5	3,5	8,8	11,4	8,3	12,0
Côlon et rectum	0,1	0,2	0,8	2,0	3,2	3,1	6,7	15,0	3,5	28,9
Lymphomes	0,1	0,2	0,4	0,7	1,1	1,1	2,9	34,8	1,6	62,9
Vessie	–	0,1	0,2	0,7	1,3	1,5	2,7	37,7	1,0	103,1
Rein	–	0,1	0,3	0,5	0,6	0,6	1,6	63,7	0,7	144,9
Estomac	–	–	0,2	0,4	0,6	0,8	1,4	70,4	1,0	99,0
Cavité buccale	–	0,1	0,3	0,4	0,5	0,5	1,4	71,9	0,5	185,2
Leucémie	–	0,1	0,2	0,3	0,6	0,6	1,4	71,4	1,0	103,1
Pancréas	–	–	0,1	0,3	0,5	0,6	1,2	86,2	1,3	79,4
Mélanome	0,1	0,1	0,2	0,3	0,4	0,4	1,1	90,9	0,3	312,5
Femmes										
Tous les cancers	**1,1**	**3,0**	**6,4**	**10,2**	**13,6**	**12,8**	**37,6**	**2,7**	**23,1**	**4,3**
Sein	0,4	1,3	2,5	3,1	3,3	2,6	11,4	8,8	3,7	27,4
Côlon et rectum	0,1	0,2	0,7	1,3	2,4	2,7	6,1	16,3	3,3	30,7
Poumon	–	0,2	0,8	1,7	2,2	1,4	5,5	18,1	5,0	20,1
Lymphomes	0,1	0,1	0,3	0,6	0,8	0,9	2,5	39,8	1,4	69,9
Corps de l'utérus	–	0,1	0,5	0,8	0,8	0,5	2,3	43,5	0,6	178,6
Ovaire	0,1	0,1	0,3	0,4	0,5	0,4	1,6	64,5	1,1	92,6
Pancréas	–	–	0,1	0,3	0,5	0,6	1,3	80,0	1,3	76,9
Leucémie	–	–	0,1	0,2	0,4	0,4	1,1	92,6	0,7	135,1
Mélanome	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	1,0	103,1	0,2	476,2
Rein	–	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	1,0	103,1	0,4	243,9
Vessie	–	–	0,1	0,2	0,3	0,4	1,0	102,0	0,4	243,9
Estomac	–	–	0,1	0,2	0,3	0,4	0,8	119,0	0,7	151,5
Col de l'utérus	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,7	137,0	0,3	344,8
Cavité buccale	–	–	0,1	0,2	0,2	0,2	0,6	156,3	0,3	400,0

– Valeur inférieure à 0,05

Note : La probabilité d'être atteint d'un cancer est basée sur les taux d'incidence et de mortalité selon l'âge et le sexe au Canada en 1998 et sur les tables de mortalité basées sur les taux pour l'ensemble des causes de 1997-1999. La probabilité de mourir d'un cancer correspond à la proportion de personnes qui meurent du cancer à l'intérieur d'une cohorte soumises aux conditions de mortalité s'appliquant à l'ensemble de la population de 1999. Pour en savoir davantage, veuillez consulter l'*annexe II : Méthodologie*.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES À CAUSE DU CANCER

La figure 9, qui illustre le classement des 12 principales causes de décès prématurés au Canada en 1999 représentées par années potentielles de vie perdues (APVP), montre que le cancer vient au premier rang, tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, les 932 000 APVP dues au cancer représentent 31 % du total attribuable à l'ensemble des causes de décès (tableau 13). Les maladies du coeur viennent au deuxième rang. Chez les enfants de 0 à 19 ans, le cancer demeure cette année encore la sixième cause principale d'années potentielles de vie perdues, après les troubles périnatals, les anomalies congénitales, les accidents de véhicule à moteur, les autres accidents et le suicide. En 1999, le cancer a entraîné la perte de près de 15 000 années potentielles de vie chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans.

Les APVP associées aux divers types de cancer (tableau 13) indiquent que le cancer du poumon a entraîné à lui seul la perte de 252 000 années potentielles de vie, ce qui correspond à 27 % de la mortalité prématurée due au cancer. En 1999, les trois cancers les plus dévastateurs chez l'homme ont été le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer de la prostate – ceux-ci étant la cause de 50 % des APVP dues au cancer. Chez la femme, les trois principaux ont été le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer colorectal, auxquels on attribue 53 % des APVP à cause du cancer. Aussi bien chez l'homme que chez la femme, l'importance relative de ces cancers quant au nombre d'années potentielles de vie perdues a peu changé au cours des dernières années. Chez la femme, toutefois, le nombre d'APVP dues au cancer du poumon, qui est supérieur à celui observé pour le cancer du sein, reflète les taux élevés de mortalité due au cancer du poumon chez les femmes de 50 à 79 ans. Bien que le cancer de la prostate soit plus répandu que le cancer du poumon chez l'homme, le nombre d'APVP attribuables au cancer du poumon est quatre fois supérieur à celui des APVP attribuables au cancer de la prostate, ce qui témoigne des taux de mortalité plus élevés associés au cancer du poumon et de l'âge relativement jeune auquel les hommes sont atteints de ce type de cancer et en meurent.

Le taux de mortalité prématurée due à un cancer est d'autant plus élevé que le cancer est répandu, qu'il se déclare à un jeune âge et qu'il entraîne rapidement la mort. Si l'on prend les deux cancers les plus fréquents chez les hommes et les femmes, on constate que le nombre d'APVP associées au cancer du sein (91 000) dépasse largement celui attribuable au cancer de la prostate (32 000), ce qui tient à l'âge relativement jeune auquel les femmes meurent du cancer du sein. Dans le cas de la maladie de Hodgkin, ce nombre, qui s'établit à 4 000, indique que ce type de cancer est moins courant et qu'il est relativement curable.

Bien que plus d'hommes que de femmes meurent du cancer chaque année, le nombre d'APVP est légèrement plus élevé chez les femmes (478 000 contre 455 000), du fait que les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes et que certains décès dus au cancer surviennent à un plus jeune âge chez la femme.

L'usage de produits du tabac constitue la principale cause de décès prématurés évitables dus au cancer. De nombreux décès provoqués par d'autres maladies sont également causés par le tabagisme (figure 9). Chez les hommes, la consommation de tabac entraîne près du tiers des APVP découlant de tous les types de cancer, presque le quart de celles qui sont liées aux maladies du coeur et environ la moitié de celles qui sont associées aux maladies respiratoires. Chez les femmes, le tabagisme est à l'origine d'environ le cinquième des APVP résultant de tous les types de cancer.

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES À CAUSE DU CANCER

La figure 9, qui illustre le classement des 12 principales causes de décès prématurés au Canada en 1999 représentées par années potentielles de vie perdues (APVP), montre que le cancer vient au premier rang, tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, les 932 000 APVP dues au cancer représentent 31 % du total attribuable à l'ensemble des causes de décès (tableau 13). Les maladies du coeur viennent au deuxième rang. Chez les enfants de 0 à 19 ans, le cancer demeure cette année encore la sixième cause principale d'années potentielles de vie perdues, après les troubles périnatals, les anomalies congénitales, les accidents de véhicule à moteur, les autres accidents et le suicide. En 1999, le cancer a entraîné la perte de près de 15 000 années potentielles de vie chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans.

Les APVP associées aux divers types de cancer (tableau 13) indiquent que le cancer du poumon a entraîné à lui seul la perte de 252 000 années potentielles de vie, ce qui correspond à 27 % de la mortalité prématurée due au cancer. En 1999, les trois cancers les plus dévastateurs chez l'homme ont été le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer de la prostate – ceux-ci étant la cause de 50 % des APVP dues au cancer. Chez la femme, les trois principaux ont été le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer colorectal, auxquels on attribue 53 % des APVP à cause du cancer. Aussi bien chez l'homme que chez la femme, l'importance relative de ces cancers quant au nombre d'années potentielles de vie perdues a peu changé au cours des dernières années. Chez la femme, toutefois, le nombre d'APVP dues au cancer du poumon, qui est supérieur à celui observé pour le cancer du sein, reflète les taux élevés de mortalité due au cancer du poumon chez les femmes de 50 à 79 ans. Bien que le cancer de la prostate soit plus répandu que le cancer du poumon chez l'homme, le nombre d'APVP attribuables au cancer du poumon est quatre fois supérieur à celui des APVP attribuables au cancer de la prostate, ce qui témoigne des taux de mortalité plus élevés associés au cancer du poumon et de l'âge relativement jeune auquel les hommes sont atteints de ce type de cancer et en meurent.

Le taux de mortalité prématurée due à un cancer est d'autant plus élevé que le cancer est répandu, qu'il se déclare à un jeune âge et qu'il entraîne rapidement la mort. Si l'on prend les deux cancers les plus fréquents chez les hommes et les femmes, on constate que le nombre d'APVP associées au cancer du sein (91 000) dépasse largement celui attribuable au cancer de la prostate (32 000), ce qui tient à l'âge relativement jeune auquel les femmes meurent du cancer du sein. Dans le cas de la maladie de Hodgkin, ce nombre, qui s'établit à 4 000, indique que ce type de cancer est moins courant et qu'il est relativement curable.

Bien que plus d'hommes que de femmes meurent du cancer chaque année, le nombre d'APVP est légèrement plus élevé chez les femmes (478 000 contre 455 000), du fait que les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes et que certains décès dus au cancer surviennent à un plus jeune âge chez la femme.

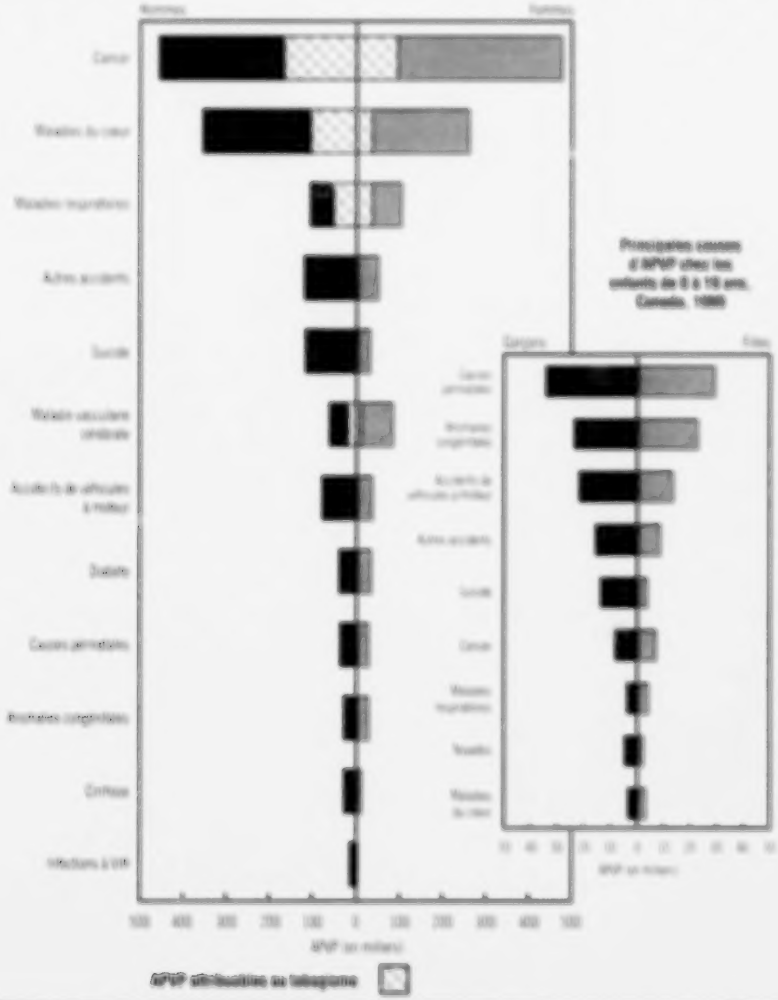
L'usage de produits du tabac constitue la principale cause de décès prématurés évitables dus au cancer. De nombreux décès provoqués par d'autres maladies sont également causés par le tabagisme (figure 9). Chez les hommes, la consommation de tabac entraîne près du tiers des APVP découlant de tous les types de cancer, presque le quart de celles qui sont liées aux maladies du coeur et environ la moitié de celles qui sont associées aux maladies respiratoires. Chez les femmes, le tabagisme est à l'origine d'environ le cinquième des APVP résultant de tous les types de cancer.

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES À CAUSE DU CANCER

Le cancer est la principale cause de décès prématurés au Canada

Figure 9

Principales causes d'années potentielles de vie perdues (APVP), Canada, 1999



Note : Les chiffres sont classés par ordre du total d'APVP pour les deux sexes combinés et sont basés sur l'espérance de vie. Les chiffres ayant été arrondis et certains sièges ou types de cancer ayant été exclus, la somme des nombres et des pourcentages peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les cancers infantiles sont également inclus dans les sièges et types de cancer correspondants. Les APVP attribuables à la consommation de tabac sont fondées sur les estimations du risque relatif basé sur le suivi de la cohorte CPS-II et les estimations de la consommation du tabac au Canada de 1996. Voir l'annexe II: *Méthodologie* pour de plus amples détails.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau 13

Années potentielles de vie perdues à cause du cancer, Canada, 1999

	Années potentielles de vie perdues (APVP)					
	Total		Hommes		Femmes	
	Années	%	Années	%	Années	%
TOUTES LES CAUSES	3 054 000	–	1 651 000	–	1 403 000	–
Tous les cancers	932 000	100	455 000	100	478 000	100
Cancer infantile (0-19 ans)	15 000	1.6	8 200	1.8	7 100	1.5
Sièges ou types de cancer						
Poumon	252 000	27.1	141 000	31.0	112 000	23.3
Côlon et rectum	105 000	11.3	54 000	11.8	52 000	10.8
Sein	91 000	9.8	–	–	91 000	19.1
Pancréas	43 000	4.6	21 000	4.7	22 000	4.5
Lymphomes non hodgkiniens	40 000	4.3	23 000	5.0	17 000	3.6
Leucémie	36 000	3.8	20 000	4.3	16 000	3.4
Encéphale	35 000	3.8	19 000	4.3	16 000	3.4
Prostate	32 000	3.5	32 000	7.1	–	–
Estomac	28 000	3.0	16 000	3.6	12 000	2.5
Ovaire	25 000	2.7	–	–	25 000	5.3
Rein	20 000	2.1	12 000	2.6	8 000	1.7
Cavité buccale	16 000	1.8	11 000	2.5	5 000	1.1
Vessie	16 000	1.8	11 000	2.5	5 000	1.1
Myélome multiple	15 000	1.6	7 000	1.6	8 000	1.6
Mélanome	14 000	1.5	8 000	1.8	6 000	1.2
Col de l'utérus	10 000	1.1	–	–	10 000	2.2
Corps de l'utérus	10 000	1.0	–	–	10 000	2.0
Larynx	7 000	0.8	5 000	1.2	2 000	0.3
Maladie de Hodgkin	4 000	0.4	2 000	0.5	2 000	0.3
Testicule	1 000	0.1	1 000	0.3	–	–

– Sans objet

Note : Les chiffres sont classés par ordre du total d'APVP pour les deux sexes combinés, et sont basés sur l'espérance de vie. Les chiffres et les pourcentages ayant été arrondis, et certains sièges ayant été exclus, la somme peut ne pas correspondre aux totaux. Les cancers infantiles sont inclus dans les localisations correspondantes.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

La prévalence désigne le nombre total de personnes qui ont reçu un diagnostic de cancer à un moment donné. Le tableau 14 présente le nombre estimatif de Canadiens qui, en 1998, étaient toujours vivants 15 ans après le diagnostic de leur cancer. Les chiffres sont fournis pour les quatre cancers les plus courants, les autres cancers confondus et tous les cancers. Le tableau indique le pourcentage de la population et son taux inverse (c.-à-d. le nombre de personnes pour un cas de cancer), vivant avec un cancer diagnostiqué au cours des 15 années précédant l'année 1999. Ces estimations sont basées sur les taux de survie pour la Saskatchewan, qui ont été appliqués aux données canadiennes sur l'incidence.

La prévalence globale du cancer dans la population canadienne est de 2,1 % chez les hommes et de 2,4 % chez les femmes, soit environ 313 100 survivants du cancer chez les hommes et 366 700 survivantes du cancer chez les femmes, ce qui signifie que 1 Canadien sur 48 et 1 Canadienne sur 41 ont reçu un diagnostic de cancer à un moment donné au cours des 15 années précédentes.

Chez les hommes, le cancer le plus répandu est le cancer de la prostate, qui touche 96 300 hommes, soit 0,6 % de la population masculine, suivi du cancer colorectal (43 800 cas) et du cancer du poumon (17 000 cas). Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes (141 300 cas, soit 0,9 % de la population féminine), également suivi du cancer colorectal (43 800 cas) et du cancer du poumon (15 300 cas). Les taux de prévalence sont influencés par les taux d'incidence, l'âge au moment du diagnostic et la période moyenne de survie. Par conséquent, bien que les taux d'incidence et de survie pour le cancer du sein et de la prostate soient très semblables, étant donné que le cancer du sein est plus fréquent que le cancer de la prostate dans les groupes d'âge plus jeunes, la prévalence du cancer du sein est plus élevée que celle du cancer de la prostate. Dans le cas du cancer du poumon, les taux de survie sont plus faibles; ainsi, même si l'incidence est élevée, la prévalence est relativement faible.

La prévalence est un indicateur utile du fardeau que représente le cancer tant pour la personne touchée que pour le système de santé. Bien qu'un grand nombre des personnes qui survivent au cancer continuent de mener une vie productive et gratifiante, l'expérience du cancer est douloureuse et présente nombre de difficultés d'ordre physique, psychologique et spirituel aux patients, à leur famille et à leurs proches. Ces difficultés persistent souvent au delà de la guérison même du patient, nécessitant souvent une utilisation importante des services de réadaptation et de soutien. Le risque de récidive ou d'apparition d'un cancer secondaire chez les personnes qui survivent à un cancer contribue également à accroître la demande de services de santé. Cette augmentation de la demande doit être prise en considération dans le cadre de la planification des services de santé.

Un grand nombre de Canadiens et de Canadiennes doivent composer avec les effets du cancer et ont constamment besoin de ressources pour lutter contre le cancer.

Tableau 14

Prévalence des cancers les plus courants, selon le sexe, Canada, 1998

	Prévalence de cas 15 ans		Prévalence en pourcentage de la population de 1998		Rapport cas/population	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Côlon et rectum	43 800	43 800	0.3	0.3	1:342	1:342
Poumon	17 000	15 300	0.1	0.1	1:879	1:978
Prostate	96 300	–	0.6	–	1:156	–
Sein	–	141 300	–	0.9	–	1:106
Autres cancers	156 000	166 500	1.0	1.1	1:96	1:90
Tous les cancers	**313 100**	**366 700**	**2,1**	**2,4**	**1:48**	**1:41**

Note : Les taux de survie sont basés sur les données de la Saskatchewan pour la période de 1983 à 1997 de même que sur un suivi allant jusqu'à 1998.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Le tableau 15 présente le nombre de nouveaux cas de cancer et les taux d'incidence normalisés selon l'âge (1994-1998), de même que le nombre de décès dus au cancer et les taux de mortalité normalisés selon l'âge (1994-1998), chez les enfants canadiens de 0 à 19 ans. En moyenne, durant ces périodes, 1 262 cas de cancer ont été diagnostiqués chez des enfants et 239 enfants sont morts du cancer chaque année. La leucémie a été à l'origine de plus de 26 % des nouveaux cas et de 32 % des décès dus au cancer chez les enfants et demeure le cancer infantile le plus répandu. Les cancers de l'encéphale et de la moelle épinière, qui représentent le deuxième groupe le plus fréquent de cancers infantiles, ont été responsables d'environ 17 % des nouveaux cas et de 25 % des décès, alors que les lymphomes ont produit 16 % des nouveaux cas et 8 % des décès.

Le ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas, qui peut être calculé à partir des données indiquées au tableau 15, donne une indication du pronostic de la maladie. Pour l'ensemble des cancers infantiles réunis, ce ratio est d'environ 0,20. Les ratios les plus élevés (> 0,27) s'observent chez les enfants atteints d'un cancer du foie, de tumeurs du système nerveux sympathique, en particulier de neuroblastomes, de tumeurs osseuses ainsi que de tumeurs de l'encéphale et de la moelle épinière. Le ratio élevé dans le cas des neuroblastomes témoigne du stade avancé auquel est souvent diagnostiquée cette maladie. De même, le pronostic est assez sombre pour le sarcome des tissus mous (0,26), en particulier le rhabdomyosarcome (0,32). Le ratio relativement élevé pour l'ensemble des leucémies s'explique par le ratio beaucoup plus élevé enregistré pour la leucémie aiguë non lymphocytaire (0,36) que pour la leucémie aiguë lymphocytaire (0,13). Bien que le pronostic associé aux lymphomes soit en général assez bon, le ratio décès-nouveaux cas pour la maladie de Hodgkin (0,03) est beaucoup plus faible que celui des lymphomes non hodgkiniens (0,20). Enfin, les faibles ratios associés aux rétinoblastomes et aux tumeurs des cellules germinales indiquent le faible taux de décès lié à ces tumeurs.

Les faibles taux de mortalité associés à la leucémie aiguë lymphocytaire, à la maladie de Hodgkin et aux tumeurs des cellules germinales rendent compte des progrès immenses réalisés dans le traitement de ces cancers au cours des 30 dernières années. Depuis le début des années 50, les taux de mortalité par cancer infantile ont reculé de plus de 50 %, les baisses les plus importantes étant survenues après 1970. L'amélioration de la survie a été particulièrement spectaculaire dans le cas du cancer infantile le plus fréquent, la leucémie aiguë lymphocytaire, de même que pour les lymphomes et le cancer du rein. Il y a 40 ans, pratiquement personne ne survivait à la leucémie infantile[13], mais aujourd'hui, environ 80 % des enfants et des adolescents canadiens atteints de leucémie aiguë lymphocytaire vivent encore cinq ans après le diagnostic[14]. L'amélioration de la survie chez les enfants par rapport à la plupart des adultes cancéreux témoigne des différences biologiques propres au cancer entre ces deux groupes, ainsi que des différences dans les modalités thérapeutiques. Les essais cliniques ont permis d'identifier de nouveaux agents et modalités thérapeutiques, et une plus forte proportion d'enfants que d'adultes souffrant de cancer participent à ces essais. De même, le virage en faveur des soins multidisciplinaires a amélioré les résultats thérapeutiques et réduit la morbidité.

Depuis le début des années 50, les taux de mortalité par cancer infantile ont reculé de plus de 50 %.

Tableau 15

Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (1994-1998) et décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (1994-1998) pour tous les types de cancer selon le diagnostic histologique chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans, Canada

Groupe diagnostique	Nouveaux cas (1994-1998)		TINA pour 1 000 000 par année	Décès (1994-1998)		TMNA pour 1 000 000 par année	Ratio décès/cas
	Nombre	%		Nombre	%		
Leucémie	**1 650**	**26,2**	**41,55**	**376**	**31,5**	**9,93**	**0,23**
Aiguë lymphocytaire	1 279	20,3	32,15	163	13,6	4,17	0,13
Aiguë non lymphocytaire	272	4,3	6,87	99	8,3	2,58	0,36
Encéphale et moelle épinière	**1 065**	**16,9**	**26,74**	**301**	**25,2**	**6,83**	**0,28**
Astrocytome	501	7,9	12,54	79	6,6	2,23	0,16
T. neuro-ectodermique primitive	240	3,8	6,05	72	6,0	1,47	0,30
Ependymome	92	1,5	2,33	38	3,2	0,72	0,41
Lymphomes	**995**	**15,8**	**24,71**	**97**	**8,1**	**3,51**	**0,10**
Maladie de Hodgkin	574	9,1	14,21	16	1,3	0,70	0,03
Lymphomes non hodgkiniens	414	6,6	10,31	81	6,8	2,81	0,20
Carcinome	**526**	**8,3**	**13,08**	**29**	**2,4**	**1,13**	**0,06**
Thyroïde	229	3,6	5,68	1	0,1	0,03	0,00
Mélanome	131	2,1	3,26	9	0,8	0,39	0,07
À cellules germinales et autres t. gonadiques	**402**	**6,4**	**10,09**	**10**	**0,8**	**0,42**	**0,02**
T. gonadiques à cellules germinales	262	4,2	6,54	1	0,1	0,05	0,00
Tissus mou	**399**	**6,3**	**10,05**	**105**	**8,8**	**2,96**	**0,26**
Rhabdomyosarcome	171	2,7	4,30	55	4,6	1,45	0,32
Fibrosarcome	53	0,8	1,34	6	0,5	0,23	0,11
Os	**341**	**5,4**	**8,47**	**100**	**8,4**	**3,74**	**0,29**
Ostéosarcome	178	2,8	4,41	55	4,6	2,18	0,31
Sarcome d'Ewing	115	1,8	2,86	41	3,4	1,49	0,36
Système nerveux sympathique	**330**	**5,2**	**8,65**	**90**	**7,5**	**1,26**	**0,27**
Neuroblastome	318	5,0	8,35	90	7,5	1,26	0,28
Rein	**302**	**4,8**	**7,72**	**33**	**2,8**	**0,69**	**0,11**
Tumeur de Wilm	278	4,4	7,10	27	2,3	0,45	0,10
Rétinoblastome	**122**	**1,9**	**3,21**	**0**	**0,0**	**0,00**	**0,00**
Foie	**84**	**1,3**	**2,17**	**24**	**2,0**	**0,54**	**0,29**
Autres cancers	**92**	**1,5**	**2,37**	**22**	**1,8**	**0,64**	**0,24**
Total (5 ans)	**6 308**	**100,0**	**158,81**	**1 195**	**100,0**	**31,97**	**0,19**
Moyenne par année	**1 262**			**239**			

[1] Les données présentées portent sur la plus récente période de cinq ans disponible et elles excluent les cancers cutanés sans mélanome (CIM-9 173) et les carcinomes in situ (CIM-9 230-234). Les données sont groupées selon l'*International Classification Scheme for Childhood Cancer*, de l'Organisation mondiale de la Santé (1996) et classés selon le nombre de cas. Les taux sont corrigés par rapport à la population canadienne de 1991 et, en raison de la rareté des maladies, sont exprimés en unité pour **un million par année**.

[2] Seules les principales sous-catégories dans chaque groupe sont incluses. Environ 99 % des leucémies lymphoïdes sont des leucémies aiguës lymphocytaires. Les lymphomes non hodgkiniens englobent le lymphome de Burkitt et les lymphomes non précisés. La catégorie des neuroblastomes comprend les ganglioneuroblastomes, la tumeur de Wilm englobe les sarcomes rhabdoïdes et à cellules claires, les rhabdomyosarcomes incluent les sarcomes embryonnaires, et les fibrosarcomes englobent les autres tumeurs fibromateuses.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques et Division du contrôle et de la gestion des maladies chroniques, CPCMC, Santé Canada et Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

LYMPHOMES NON HODGKINIENS

Les lymphomes non hodgkiniens (LNH) englobent toute une gamme de proliférations malignes qui se développent aux dépens du tissu lymphoïde. L'évolution peut être lente ou rapide, selon le sous-type, et la moelle osseuse est souvent atteinte. Ces lymphomes peuvent apparaître dans d'autres organes, dont le système nerveux central, ou s'y propager. Les deux grands sous-types sont les formes diffuses et les formes nodulaires, ou folliculaires. Bien que les adultes comme les enfants peuvent être atteints d'un LNH, les LNH de l'enfant, contrairement aux lymphomes de l'adulte, ne sont pratiquement jamais de type folliculaire et se retrouvent surtout au thorax et à l'abdomen et affectent moins souvent les ganglions périphériques.

D'après les projections, le nombre de nouveaux cas de LNH a plus que triplé au cours des 30 dernières années chez les hommes comme chez les femmes, et les taux ont doublé (figure 10.1). Le nombre de décès attribuables aux LNH chaque année a augmenté de plus du triple au cours des 30 dernières années (figure 10.2), alors que les augmentations du taux de mortalité ont été plus modestes. Les taux normalisés selon l'âge ont grimpé plus rapidement chez les hommes que chez les femmes.

Tendances relatives à l'incidence selon l'âge et le sexe

Dans tous les groupes d'âge sauf chez les enfants et les adolescents (données non illustrées), les taux d'incidence ont progressé et, comme pour pratiquement tous les cancers, les taux ont augmenté avec l'âge et sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, les hausses les plus importantes ont été observées dans le groupe des 80 ans et plus (figure 10.3 et tableau 16). Dans la population féminine, les hausses relatives les plus importantes ont été relevées chez les femmes de 30 à 49 ans (tableau 16), ce qui n'est pas visible dans la figure 10.4 à cause des faibles taux relevés chez les femmes plus jeunes. Les courbes de mortalité selon l'âge due aux LNH (figures 10.5 et 10.6) présentaient des tendances similaires à celles observées pour l'incidence. Comme c'est le cas pour la plupart des cancers, les taux de mortalité par LNH ont décliné chez les enfants et les adolescents. Pour la période 1991-1998, la variation annuelle moyenne de l'incidence en pourcentage a été de 1,4 % et celle de la mortalité pour la période 1991-1999, de 1,3 % (tableau 16).

Comparaisons internationales

Les taux d'incidence des LNH normalisés selon l'âge au Canada et aux États-Unis sont parmi les plus élevés dans le monde (figures 10.7 et 10.8). Les taux sont faibles en Asie de l'Est, moyens en Afrique et élevés en Europe de l'Ouest, en Australie et en Amérique du Nord (États-Unis et Canada). Les variations internationales témoignent de différences dans l'exhaustivité des rapports et d'une variation réelle associée à l'exposition à des facteurs de risque.

Les taux d'incidence des LNH et de mortalité qui y sont associés ont tendance à être plus élevés aux États-Unis qu'au Canada depuis les années 90 (figure 10.9), mais l'écart s'amenuise de plus en plus, peut-être par suite de la plus grande efficacité des mesures de lutte contre le sida, qui a été une cause plus importante de LNH aux États-Unis qu'au Canada dans les années 90.

Tendances relatives à l'incidence des lymphomes non hodgkiniens selon le sous-type

Le système de classification actuel des LNH est une version mise à jour par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de la classification américano-européenne révisée des lymphomes (REAL). Cette classification basée sur la morphologie et la lignée cellulaire divise les LNH selon qu'ils doivent leur origine aux lymphocytes B ou aux lymphocytes

T tueurs naturels et selon qu'ils sont formés de lymphocytes précurseurs (thymiques ou lymphoblastiques) ou périphériques (matures ou post-thymiques)[1]. Le présent rapport s'appuie sur la Formulation de travail antérieure, utilisant la morphologie cellulaire pour classer les sous-types de LNH. C'est entre les personnes de moins de 20 ans et celles de 20 ans et plus qu'on a relevé la plus grande différence dans la fréquence des sous-types selon l'âge (figure 10.10). Par exemple, le lymphome de Burkitt est une forme courante de LNH chez les enfants et les adolescents mais est rare chez l'adulte.

De façon générale, les formes nodulaires folliculaires de LNH évoluent très lentement, mais sont ultimement fatales. Habituellement, la maladie est généralisée et la moelle osseuse est atteinte dès le début de la maladie. Les personnes atteintes peuvent vivre 10 ans ou plus, requérant périodiquement des traitements qui sont bien tolérés. Les formes diffuses sont souvent beaucoup plus agressives, mais un traitement curatif est possible, en particulier lorsque l'extension est limitée[1]. La plupart des cas de LNH sont diffus, bien que les hausses de l'incidence aient été plus marquées pour la forme nodulaire(figures 10.11 et 10.12).

Répercussions concernant les efforts de lutte contre les lymphomes non hodgkiniens

À la différence de la plupart des formes majeures de cancer, les taux d'incidence et de mortalité pour les lymphomes non hodgkiniens progressent. On en ignore les raisons, mais il se peut que ces augmentations soient dues à la fois à des augmentations réelles du nombre de cas détectés et à une amélioration de la détection et de la classification des LNH. Grâce aux techniques immunologiques et génétiques, il est maintenant plus facile d'identifier et de caractériser comme il convient cette maladie; malheureusement, ces améliorations viennent compliquer l'interprétation des tendances temporelles. Une meilleure compréhension des tumeurs hématopoïétiques a permis de reconnaître que certaines leucémies et certains lymphomes sont des manifestations différentes de la même tumeur; par exemple, le lymphome lymphoblastique est également une manifestation de la leucémie aiguë lymphoblastique.

L'étiologie des LNH demeure floue, mais la maladie peut être liée à une exposition à un agent infectieux ou à la prolifération de cellules lymphoïdes traduisant une réponse immunitaire aberrante et anarchique, ou encore elle peut être associée à des expositions qui affaiblissent la vigilance et la réactivité du système immunitaire, telles qu'une infection à VIH ou un traitement par des immunosuppresseurs. Par exemple, le virus Epstein-Barr est associé au lymphome de Burkitt[2]. Dans l'ensemble, l'épidémie de sida au cours des deux dernières décennies n'a contribué que très faiblement à l'accroissement des taux de LNH au Canada[3]. Une forme rare de LNH (lymphome du MALT) est liée à une infection à *Helicobacter pylori*[4] et constitue un exemple peu courant de cancer qui peut, au moins dans certains cas, être maîtrisé par les antibiotiques. Bien qu'elles ne concordent pas toujours, les études épidémiologiques mettent en évidence une augmentation du risque de LNH à la suite d'une exposition aux dioxines et aux phytohormones herbicides[5,6]. Comme nous connaissons mal les causes des LNH, il n'est pas encore possible de prévenir en général la maladie; on continue donc de déployer d'importants efforts en vue d'identifier la cause de l'augmentation des taux.

Les taux d'incidence des lymphomes non hodgkiniens ont augmenté rapidement depuis 1974.

Tableau 16

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence (1991-1998) et de mortalité (1991-1999) normalisés selon l'âge pour les lymphomes non hodgkiniens, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada

Groupe d'âge	VAMP du taux d' incidence 1991-1998			VAMP du taux de mortalité 1991-1999		
	Total	H	F	Total	H	F
0-19	-2.5	-2.6	-1.8	-3.9	-5.1**	-1.2
20-29	1.0	1.4	0.4	3.5	3.3	4.6
30-39	1.0	-0.2	3.0*	0.3	0.0	0.5
40-49	0.8	-0.3	2.6*	-1.2	-1.5	-0.8
50-59	1.3*	2.1*	0.3	-0.5	1.0	-2.6**
60-69	2.1**	1.7*	2.6*	1.2	1.4	0.9
70-79	1.1*	1.0	1.2*	1.8*	2.7*	0.6
80+	2.2**	3.2**	0.9	2.4**	2.7**	2.0*
Tous âges	**1,4****	**1,3****	**1,5****	**1,3****	**1,7****	**0,6**

* significatif à p = 0.05

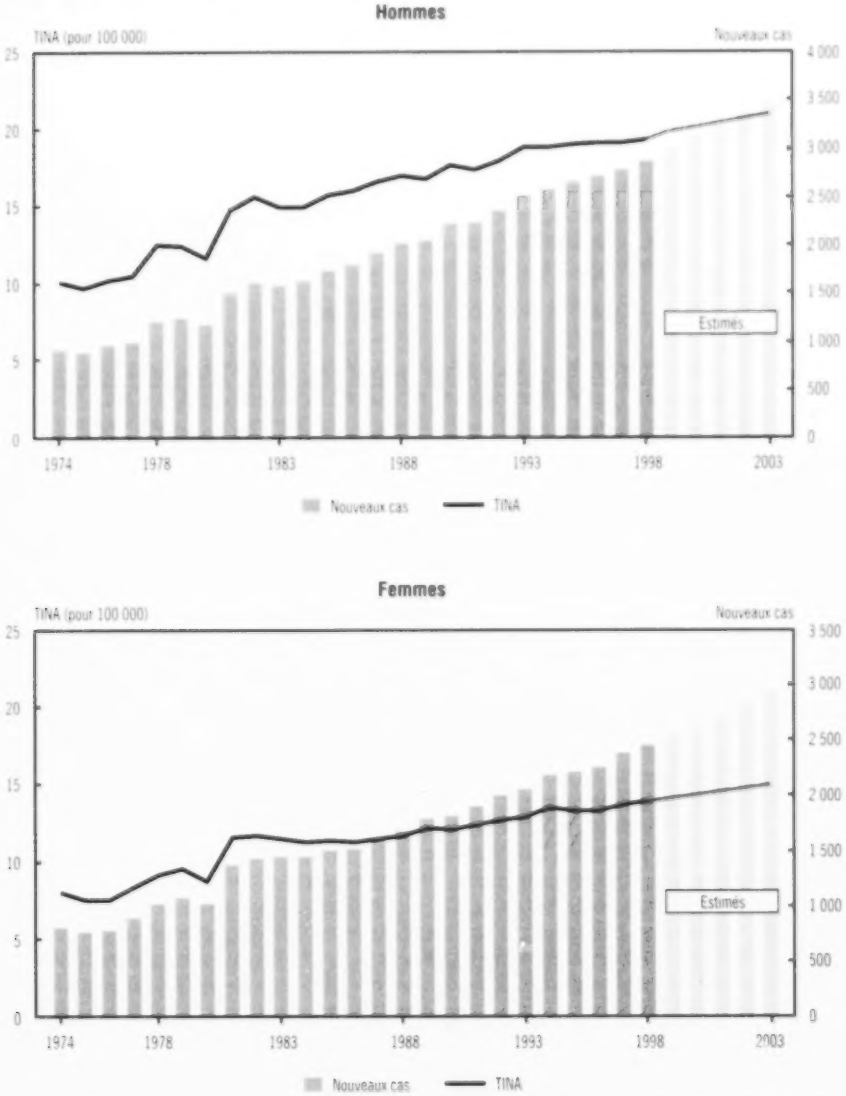
** significatif à p = 0.01

Note : Une analyse de régression de Poisson a été utilisée pour évaluer la VAMP du taux de mortalité dans le groupe des 0 à 19 ans étant donné qu'aucun décès n'a été observé chez les filles dans ce groupe d'âge en 1999.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 10.1

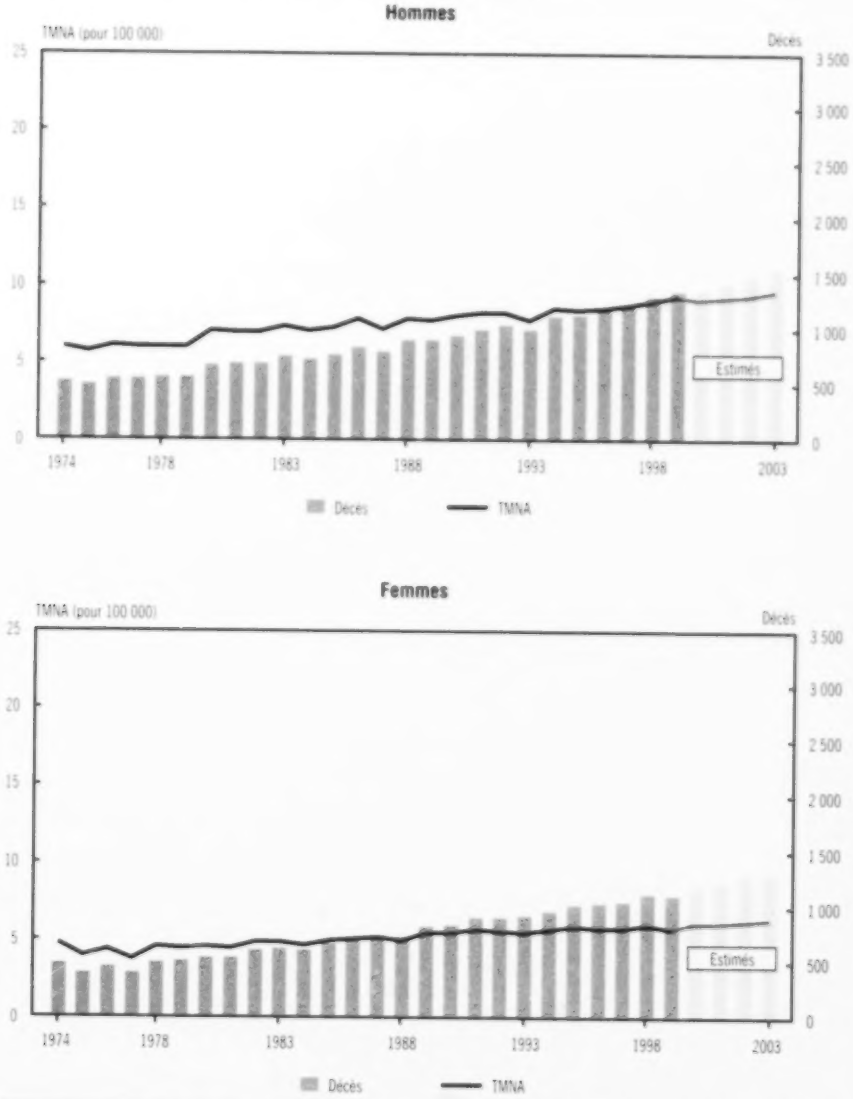
Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour les lymphomes non hodgkiniens, Canada, 1974-2003



Note : Les taux sont normalisés en fonction de la population canadienne de 1991.
Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 10.2

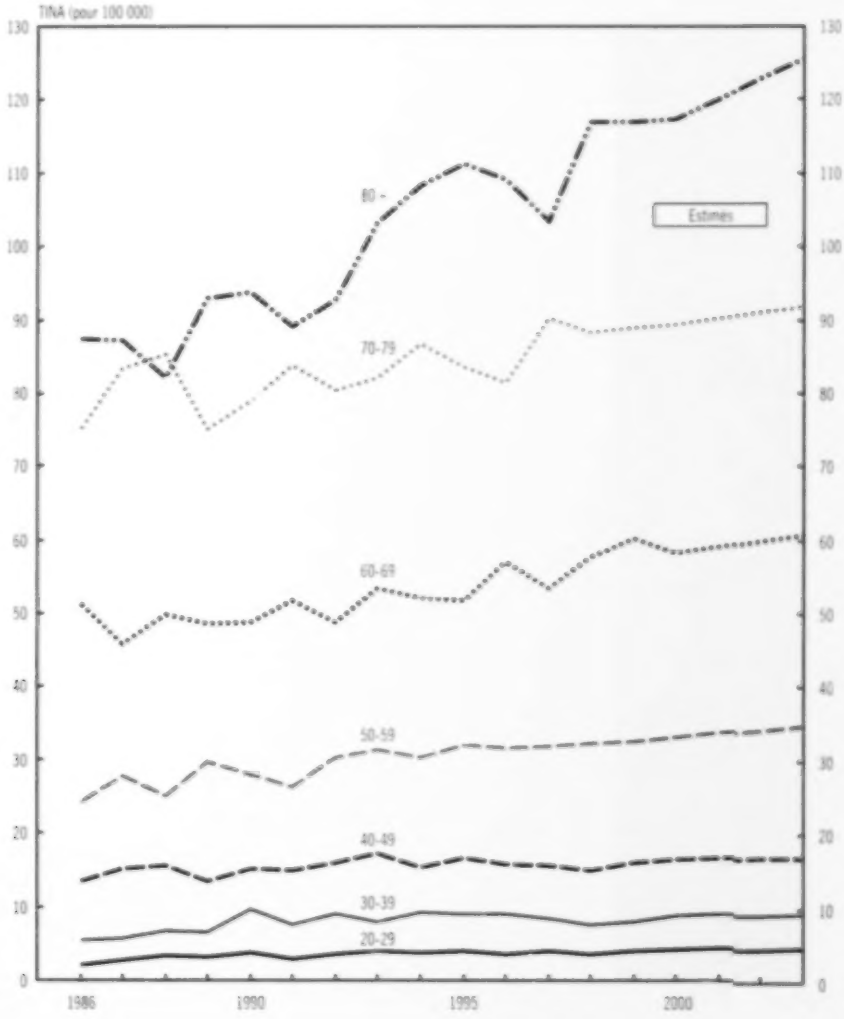
Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour les lymphomes non hodgkiniens, Canada, 1974-2003



Note : Les taux sont normalisés en fonction de la population canadienne de 1991.
Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 10.3

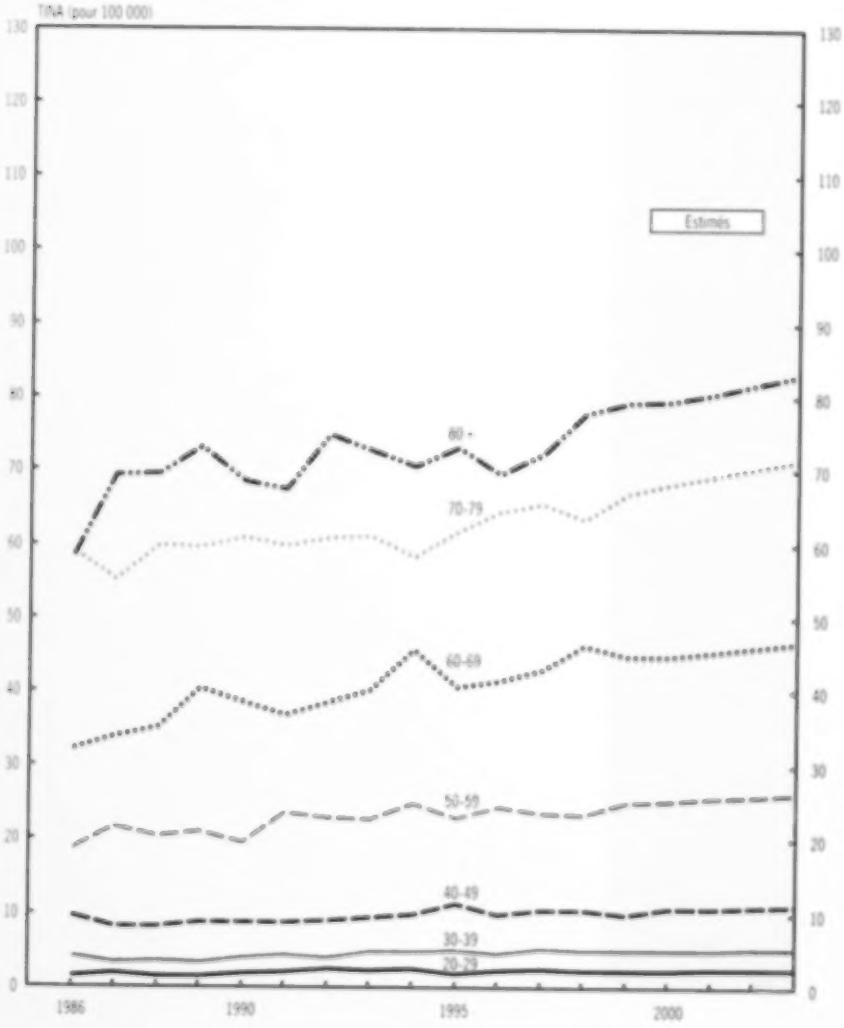
Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour les lymphomes non hodgkiniens, hommes, groupes d'âge de 10 ans, Canada, 1974-2003



Note : Les taux sont normalisés en fonction de la population canadienne de 1991.
Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 10.4

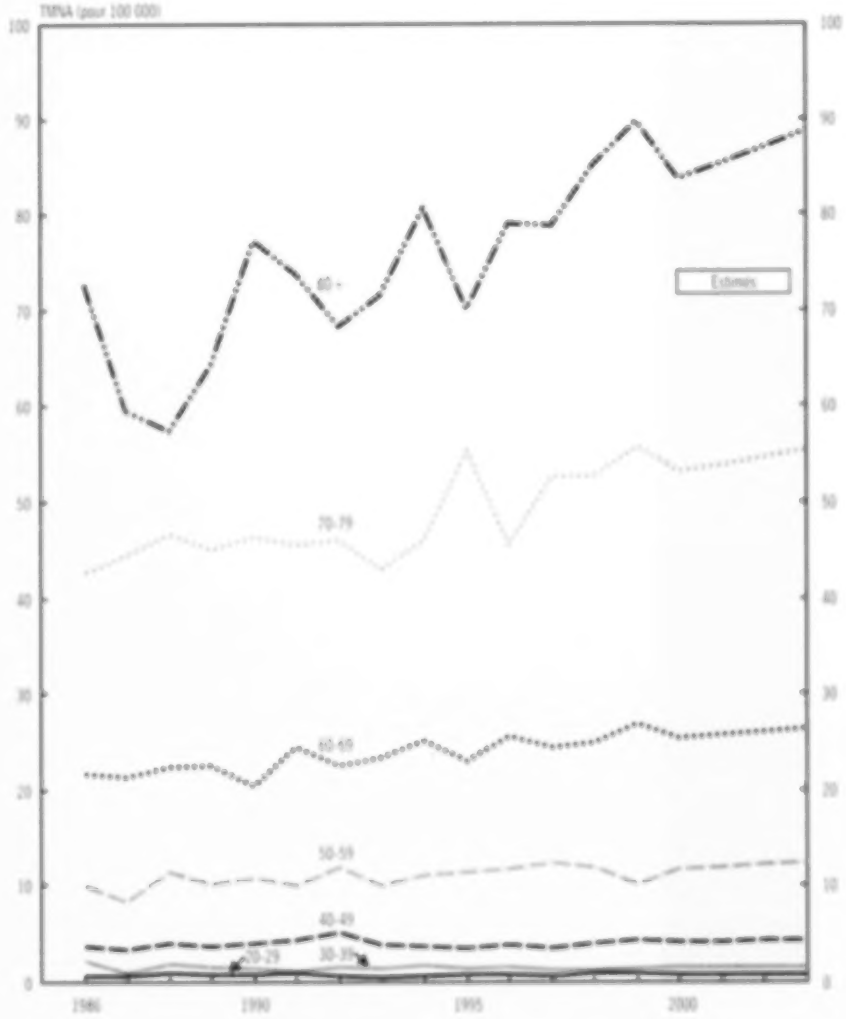
Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour les lymphomes non hodgkiniens, femmes, groupes d'âge de 10 ans, Canada, 1986-2003



Note : Les taux sont normalisés en fonction de la population canadienne de 1991.
Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 10.5

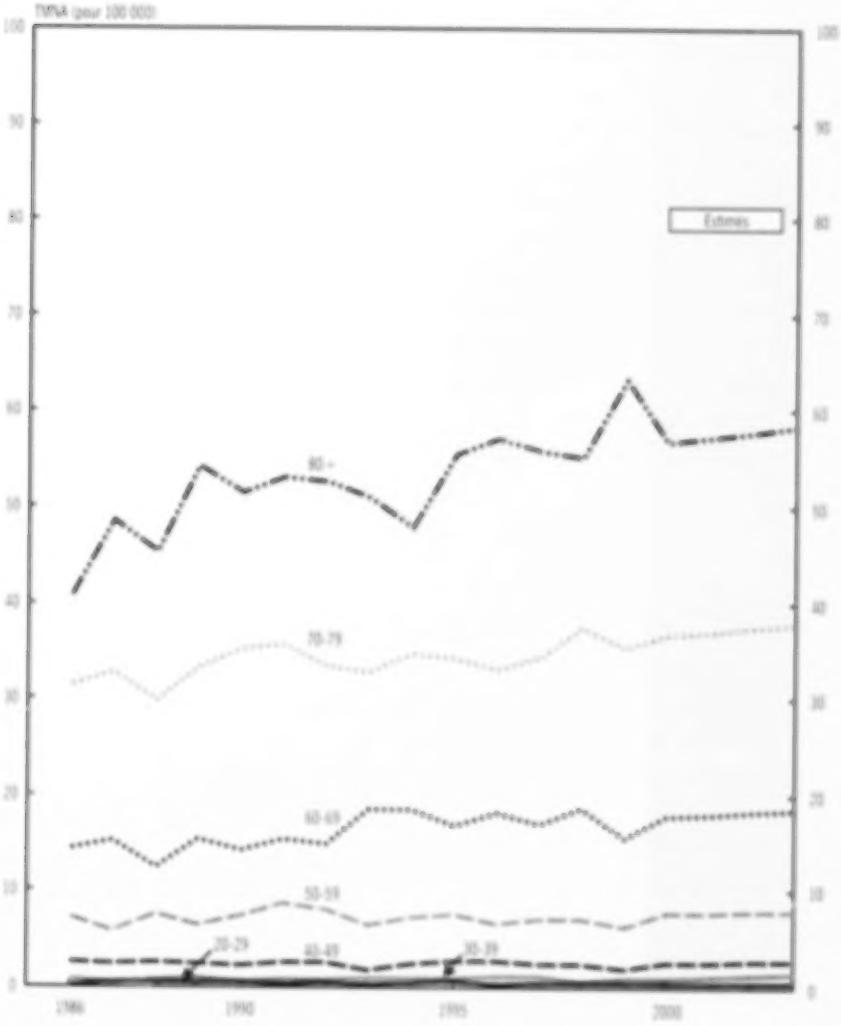
Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour les lymphomes non hodgkiniens, hommes, groupes d'âge de 10 ans, Canada, 1986-2003



Note : Les taux sont normalisés en fonction de la population canadienne de 1991.
Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 10.6

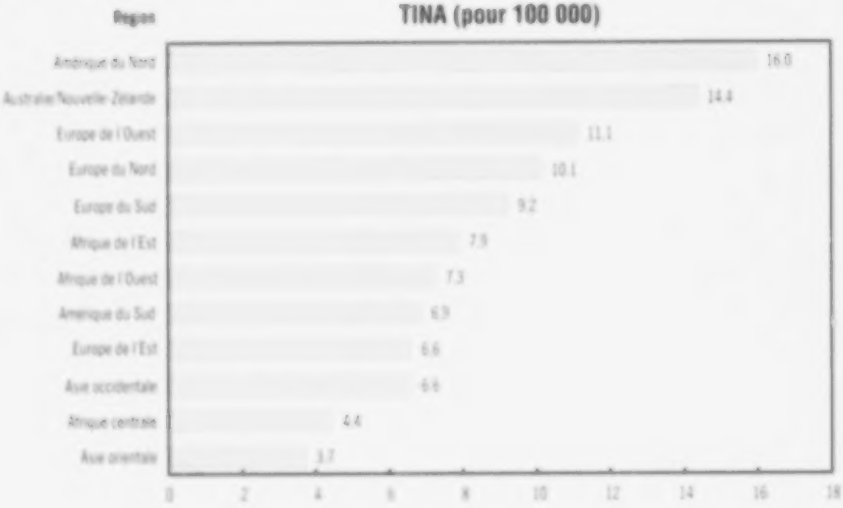
Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour les lymphomes non hodgkiniens, femmes, groupes d'âge de 10 ans, Canada, 1986-2003

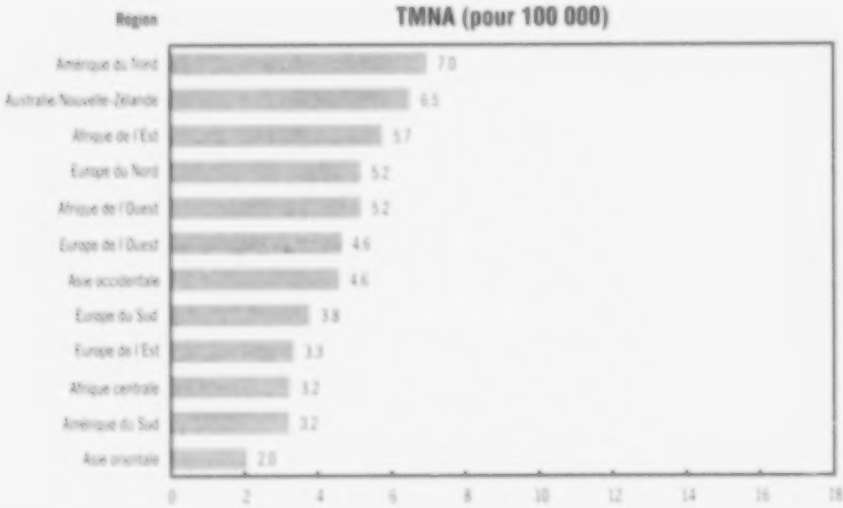


Note : Les taux sont normalisés en fonction de la population canadienne de 1991.
Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 10.7

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (TINA et TMNA) pour les lymphomes non hodgkiniens, selon certaines régions de l'OMS, hommes, estimations de 2000



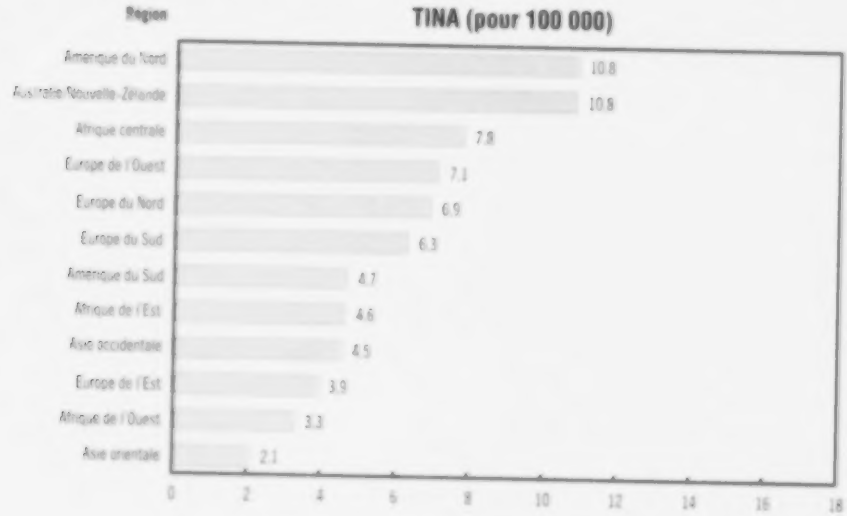


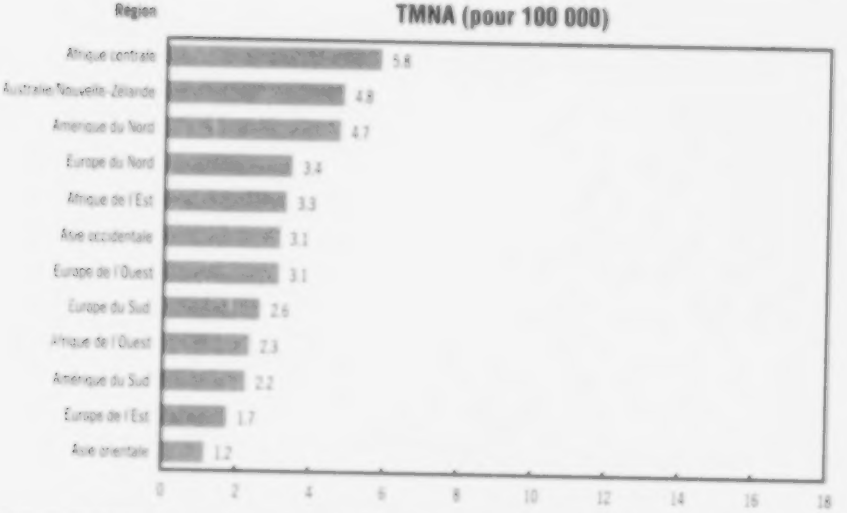
Note : Les régions sont définies par l'Organisation mondiale de la Santé, et les taux sont normalisés en fonction de la population mondiale. Document de référence : GLOBOCAN 2000: Lyon, Éd. IARC. 2001.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 10.8

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (TINA et TMNA) pour les lymphomes non hodgkiniens, selon certaines régions de l'OMS, femmes, estimations de 2000

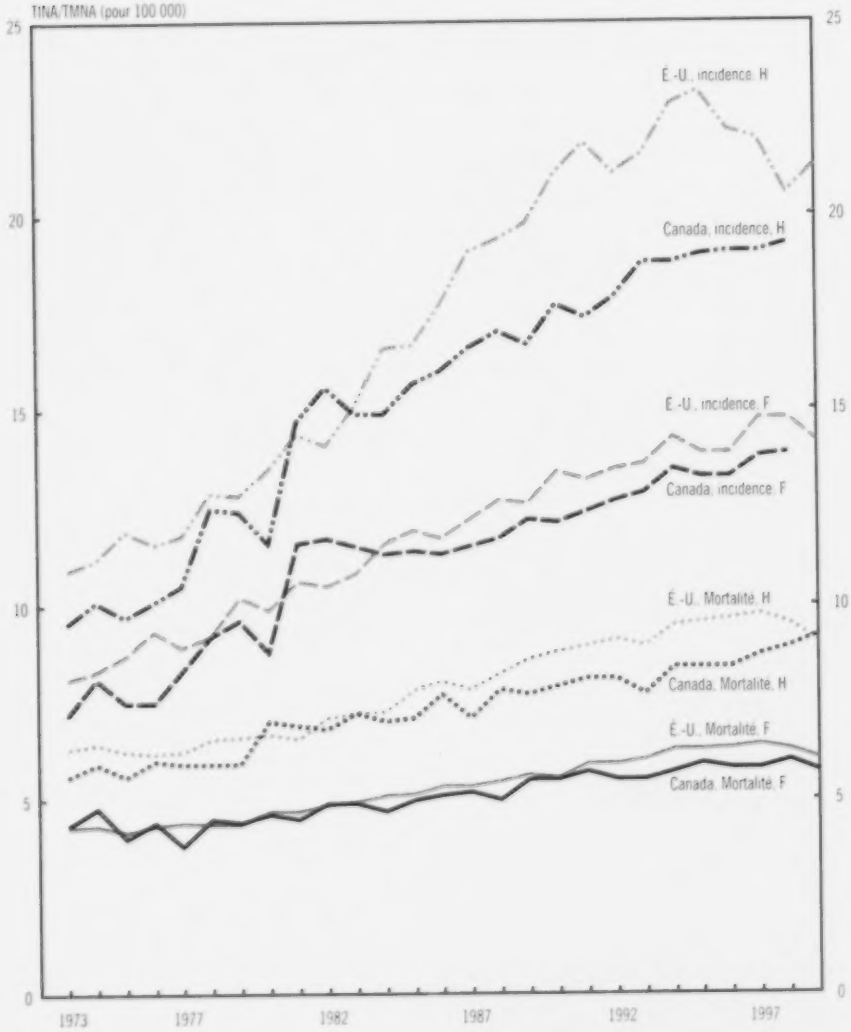




Note : Les régions sont définies par l'Organisation mondiale de la Santé, et les taux sont normalisés en fonction de la population mondiale. Document de référence : GLOBOCAN 2000: Lyon, Ed. IARC, 2001.
Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 10.9

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (TINA et TMNA) pour les lymphomes non hodgkiniens, Canada et États-Unis, 1973-1999



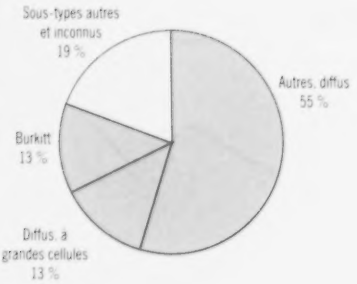
Note : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Les taux d'incidence pour les États-Unis sont tirés des neuf registres du programme SEER.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

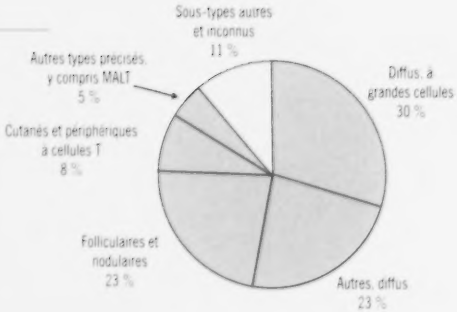
Figure 10.10

Fréquence des lymphomes non hodgkiniens, par sous-type, hommes et femmes, Canada, 1998

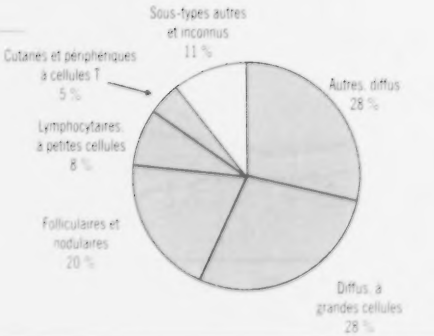
Âges 0 à 19 ans, N = 80



Âges 20 à 44 ans, N = 710



Âges 45+, N = 4 500

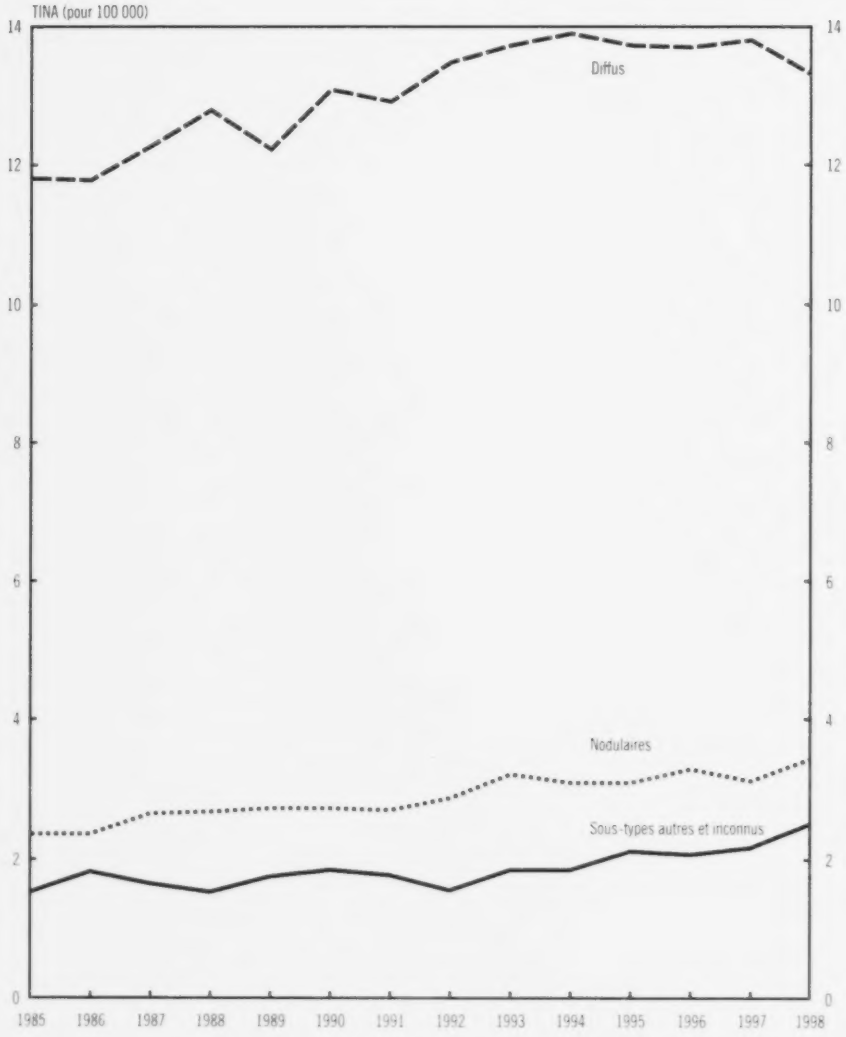


Note : La taille des cercles ne dépend pas du nombre de cas. Document de référence : Classification internationale des maladies – Oncologie, 2e éd., 1990. Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 10.11

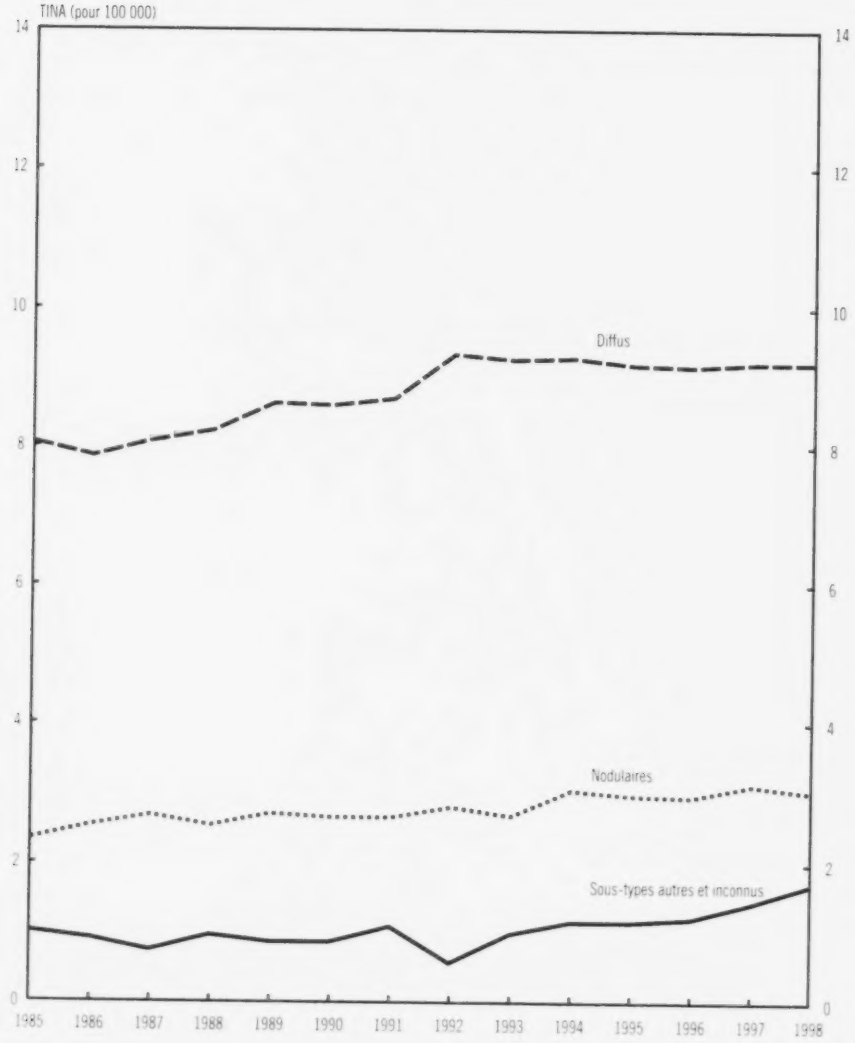
Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour les lymphomes non hodgkiniens par sous-type, hommes, Canada, 1985-1998



Note : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.
Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 10.12

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour les lymphomes non hodgkiniens par sous-type, femmes, Canada, 1985-1998



Note : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.
Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Âge — Âge de la personne (années révolues) au moment du diagnostic ou du décès.

CIM-9 — Neuvième révision de la Classification internationale des maladies[21].

Incidence — Nombre de nouveaux cas d'un type donné de cancer diagnostiqués pendant l'année. L'unité de déclaration de base est le nouveau cas de cancer plutôt que la personne.

Mortalité — Nombre de décès attribuables à un type donné de cancer qui surviennent pendant l'année. Sont inclus les décès des cas diagnostiqués dans le passé ou pendant l'année et les cas de cancer diagnostiqués après le décès.

Province/territoire — En ce qui concerne l'incidence du cancer et la mortalité par cancer, il s'agit de la province ou du territoire où la personne a établi sa résidence permanente au moment du diagnostic ou du décès. Cette province ou territoire peut différer de celle où on a consigné le nouveau cas de cancer ou le décès par cancer.

Taux d'incidence et de mortalité

Taux brut — Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès dus au cancer relevés pendant l'année pour 100 000 personnes dans la population.

Taux par âge — Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès dus au cancer relevés pendant l'année pour 100 000 personnes d'un groupe d'âge donné.

Taux normalisé selon l'âge — Le nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès dus au cancer pour 100 000 personnes qu'on aurait relevés dans la population-type (population canadienne de 1991), si les taux par âge réels observés dans la population donnée avaient prévalu dans la population-type.

Indice des taux normalisés selon l'âge — Le taux normalisé selon l'âge de l'année de base (1974) est fixé à 100. Les points d'indice pour les années suivantes sont calculés en multipliant par 100 le taux normalisé selon l'âge de l'année, puis en le divisant par le taux de 1974.

Prévalence — Nombre de cas d'une maladie dans une population donnée, à un moment déterminé.

Définitions des sièges

Les données sur le cancer figurant dans la présente monographie sont classées, sauf indication contraire, selon les catégories de sièges ou de types de cancer suivants :

Siège ou type	CIM-9	Siège ou type	CIM-9
Cavité buccale	140-149	Prostate	185
Oesophage	150	Testicule	186
Estomac	151	Vessie	188
Côlon et rectum	153-154, 159.0	Rein	189
Pancréas	157	Encéphale	191-192
Larynx	161	Thyroïde	193
Poumon	162	Autres tissus lymphatiques et hématop.	200-203
Mélanome	172	Maladie de Hodgkin	201
Sein (femme)	174	Myélome multiple	203
Col de l'utérus	180	Lymphomes non hodgkiniens	200,202
Corps de l'utérus	179,182	Leucémie	204-208
Ovaire	183	Tous les cancers sauf celui du poumon	140-208 sauf 173,162
		Tous les autres cancers	Tous les sièges entre 150 et 199 non mentionnés ci-dessus
Tous les cancers	**140-208 sauf 173**		

Population du Canada en 1991/Population mondiale type :

Répartition de la population par groupe d'âge qui a servi au calcul des taux normalisés :

Population			Population			Population		
Groupe d'âge	Canada	Mondiale type	Groupe d'âge	Canada	Mondiale type	Groupe d'âge	Canada	Mondiale type
0-4	6,946.4	12,000	30-34	9,240.0	6,000	60-64	4,232.6	4,000
5-9	6,945.4	10,000	35-39	8,338.8	6,000	65-69	3,857.0	3,000
10-14	6,803.4	9,000	40-44	7,606.3	6,000	70-74	2,965.9	2,000
15-19	6,849.5	9,000	45-49	5,953.6	6,000	75-79	2,212.7	1,000
20-24	7,501.6	8,000	50-54	4,764.9	5,000	80-84	1,359.5	500
25-29	8,994.4	8,000	55-59	4,404.1	4,000	85+	1,023.7	500
						TOTAL		100,000

Source : Ce chiffre de population a été établi d'après les estimations postcensitaires définitives de la population canadienne au 1er juillet 1991 ajustées pour la sous-déclaration du recensement. La population mondiale type est utilisée dans Cancer Incidence in Five Continents.

ANNEXE I – DONNÉES RÉELLES POUR LES NOUVEAUX CAS ET LES DÉCÈS

Le présent document vise surtout à présenter les estimations pour l'année en cours obtenues après analyse des données réelles et à faire des prévisions à court terme à l'aide des techniques statistiques (voir *l'annexe II*). Si l'on a besoin des *données réelles* plutôt que des *estimations* pour l'année en cours, les tableaux de la présente annexe résument les statistiques réelles sur l'incidence et la mortalité tirées des données nationales les plus récentes. Ces données s'appliquent à l'année la plus récente dans la longue série de données utilisées pour calculer les estimations de l'année courante.

Les tableaux A1 et A2 de l'annexe donnent un aperçu du nombre réel de nouveaux cas (1998) et de décès (1999) survenus au Canada et précisent les codes CIM-9 utilisés pour définir chaque groupe diagnostique. Comme ces dénombrements réels sont fiables, il est possible d'examiner la fréquence d'autres sièges et types de cancer; on trouvera donc aux tableaux A1 et A2 de l'annexe un plus grand nombre de sièges et types de cancer que dans les tableaux précédents. Les tableaux A3 à A6 de l'annexe donnent les chiffres réels pour le nombre de nouveaux cas et de décès et les taux d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges et types de cancer, selon la province et le territoire.

En plus des explications et des analyses fournies dans les pages précédentes, plusieurs autres points méritent d'être mentionnés. Comme nous l'avons indiqué aux tableaux A3 à A6 de cette annexe, les populations des territoires étant de petite taille, il n'a été possible de fournir que des résumés (moyenne de cinq ans) pour les principaux cancers. Les tableaux de l'annexe montrent également qu'il y avait une certaine variation d'une province à l'autre dans les années pour lesquelles nous disposions de données (en date d'août 2002, au début de ces analyses). De plus, les données proviennent de fichiers dynamiques qui sont systématiquement mis à jour pour y intégrer les nouvelles données. Les cas ontariens n'avaient pas été couplés avec les données du Registre canadien du cancer pour la période 1997-1998; il pourrait donc y avoir un changement mineur lorsqu'ils auront été couplés avec ces données. Les utilisateurs qui ont besoin de données réelles plus récentes pour le Canada peuvent communiquer avec le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques à Santé Canada ou la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. Pour obtenir les données les plus récentes de chaque province, prière de communiquer avec les registres provinciaux du cancer (voir section sur *Pour en savoir plus sur le cancer*).

ANNEXE I – DONNÉES RÉELLES POUR LES NOUVEAUX CAS ET LES DÉCÈS

Tableau A1

Données réelles pour les nouveaux cas de cancer, selon le siège ou le type de cancer et le sexe, Canada, 1998

Siège ou type	CIM-9	Total	Hommes	Femmes
Tous les sièges/Types de cancer	**140-208**	**125 875**	**64 511**	**61 364**
Cavité buccale et pharynx	**140-149**	**2 926**	**2 014**	**912**
Lèvres	140	467	379	88
Langue	141	579	387	192
Glandes salivaires	142	330	190	140
Plancher de la bouche	144	220	155	65
Pharynx	146,147,148	790	587	203
Autres et non précisés	143,145,149	540	316	224
Organes de l'appareil digestif	**150-159**	**27 078**	**14 639**	**12 439**
Oesophage	150	1 177	849	328
Estomac	151	2 857	1 799	1 058
Intestin grêle	152	397	210	187
Côlon	153	11 287	5 585	5 702
Rectum	154	5 600	3 272	2 328
Foie et voies biliaires	155,156	2 010	1 103	907
Pancréas	157	3 014	1 474	1 540
Tractus intestinal, partie non précisée	159.0	157	70	87
Autres et non précisés	158,159.1-159.9	579	277	302
Appareil respiratoire	**160-165**	**20 973**	**12 922**	**8 051**
Larynx	161	1 184	968	216
Poumon	162	19 086	11 470	7 615
Autres et non précisés	160,163,164,165	704	484	220
Tissu osseux et peau	**170-172**	**4 344**	**2 249**	**2 095**
Os	170	282	149	133
Tissus conjonctif	171	801	439	362
Peau (mélanome)	172	3 261	1 661	1 600
Sein	**174,175**	**18 155**	**132**	**18 023**
Organes génitaux	**179-187**	**24 597**	**17 000**	**7 597**
Utérus, partie non précisée	179	88	–	88
Col de l'utérus	180	1 345	–	1 345
Corps de l'utérus	182	3 306	–	3 306
Ovaire	183	2 310	–	2 310
Prostate	185	16 168	16 168	–
Testicule	186	667	667	–
Autres et non précisés	181,184,187	713	165	548
Organes urinaires	**188-189**	**8 216**	**5 589**	**2 627**
Vessie	188	4 665	3 390	1 275
Rein et autres organes urinaires	189	3 551	2 199	1 352
Oeil	**190**	**263**	**135**	**128**
Encéphale et système nerveux central	**191-192**	**2 190**	**1 214**	**976**
Glandes endocrines	**193-194**	**1 863**	**486**	**1 377**
Thyroïde	193	1 717	420	1 297
Autres glandes endocrines	194	146	66	80
Leucémie	**204-208**	**3 354**	**1 906**	**1 448**
Autres tissus lymphatiques et hématop.	**200-203**	**7 713**	**4 165**	**3 548**
Maladie de Hodgkin	201	765	422	343
Myélome multiple	203	1 617	880	737
Lymphomes non hodgkiniens	200, 202	5 331	2 863	2 468
Tous les autres sièges de nature non précisée	**195-199**	**4 203**	**2 060**	**2 143**

– Sans objet

Note : Par CIM-9, on entend la neuvième révision de la classification internationale des maladies. Sont exclues les données sur les cancers cutanés sans mélanome (CIM-9 173). Pour plus d'information, consulter le site **http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp** (cliquer sur Surveillance des maladies). Modifié en novembre 2001.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau A2

Données réelles pour les décès dus au cancer, selon le siège ou le type de cancer et le sexe, Canada, 1999

Siège ou type	CIM-9	Total	Hommes	Femmes
Tous les sièges/Types de cancer	**140-208**	**61 650**	**33 026**	**28 624**
Cavité buccale et pharynx	**140-149**	**1 005**	**698**	**307**
Lèvres	140	15	12	3
Langue	141	242	158	84
Glandes salivaires	142	91	54	37
Plancher de la bouche	144	26	21	5
Pharynx	146,147,148	281	210	71
Autres et non précisés	143,145,149	350	243	107
Organes de l'appareil digestif	**150-159**	**16 371**	**8 978**	**7 393**
Oesophage	150	1 324	955	369
Estomac	151	1 992	1 208	784
Intestin grêle	152	133	70	63
Côlon	153	5 055	2 612	2 443
Rectum	154	1 453	860	593
Foie et voies biliaires	155,156	1 780	1 016	764
Pancréas	157	3 054	1 531	1 523
Tractus intestinal, partie non précisée	159.0	1 303	621	682
Autres et non précisés	158,159.1-159.9	227	105	172
Appareil respiratoire	**160-165**	**17 387**	**10 797**	**6 590**
Larynx	161	461	368	93
Poumon	162	16 713	10 276	6 437
Autres et non précisés	160,163,164,165	193	133	60
Tissu osseux et peau	**170-172**	**1 262**	**710**	**552**
Os	170	132	73	59
Tissus conjonctif	171	410	201	209
Peau (mélanome)	172	720	436	284
Sein	**174,175**	**4 800**	**38**	**4 762**
Organes génitaux	**179-187**	**6 297**	**3 666**	**2 631**
Utérus, partie non précisée	179	336	–	336
Col de l'utérus	180	422	–	422
Corps de l'utérus	182	324	–	324
Ovaire	183	1 399	–	1 399
Prostate	185	3 601	3 601	–
Testicule	186	37	37	–
Autres et non précisés	181,184,187	178	28	150
Organes urinaires	**188-189**	**2 800**	**1 871**	**929**
Vessie	188	1 471	1 038	433
Rein et autres organes urinaires	189	1 329	833	496
Oeil	**190**	**31**	**17**	**14**
Encéphale et système nerveux central	**191-192**	**1 543**	**861**	**682**
Glandes endocrines	**193-194**	**206**	**92**	**114**
Thyroïde	193	134	49	85
Autres glandes endocrines	194	72	43	29
Leucémie	**204-208**	**2 089**	**1 194**	**895**
Autres tissus lymphatiques et hématop.	**200-203**	**3 708**	**1 985**	**1 723**
Maladie de Hodgkin	201	142	84	58
Myélome multiple	203	1 112	552	560
Lymphomes non hodgkiniens	200, 202	2 454	1 349	1 105
Tous les autres sièges de nature non précisée	**173,195-199**	**4 151**	**2 119**	**2 032**

– Sans objet

Note : Par CIM-9, on entend la neuvième révision de la Classification internationale des maladies.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau A3

Données réelles sur l'incidence des principaux sièges et types de cancer, selon le sexe et la région, année la plus récente[1], Canada

	Nouveau cas													
	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	**64 500**	**1 100**	**350**	**2 500**	**1 900**	**15 700**	**24 500**	**2 600**	**2 500**	**5 500**	**9 200**	**35**	**35**	**20**
Prostate	16 200	270	85	660	510	2 800	6 600	660	760	1 650	2 900	5	5	–
Poumon	11 500	170	55	490	380	3 600	3 900	420	370	820	1 350	5	5	10
Côlon et rectum	8 900	200	50	330	240	2 200	3 300	370	300	700	1 200	5	10	5
Vessie	3 400	40	15	190	140	1 150	1 150	120	160	180	360	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	2 900	40	15	100	80	690	1 100	110	100	250	400	–	5	–
Rein	2 200	30	15	85	75	560	870	120	75	220	240	–	–	–
Cavité buccale	2 000	55	10	75	50	480	780	100	70	180	230	–	–	–
Leucémie	1 900	25	15	60	55	470	740	80	95	190	230	–	–	–
Estomac	1 800	60	10	70	40	470	670	75	65	140	210	–	–	–
Mélanome	1 650	20	15	100	65	210	750	75	65	210	270	–	–	–
Pancréas	1 450	15	10	55	50	430	480	70	45	100	240	–	–	–
Encéphale	1 200	30	10	35	35	330	460	50	45	95	170	–	–	–
Larynx	970	15	5	25	30	330	320	30	25	50	120	–	–	–
Myélome multiple	880	5	5	25	20	220	370	35	25	55	120	–	–	–
Femmes														
Tous les cancers	**61 400**	**850**	**290**	**2 200**	**1 650**	**15 700**	**23 400**	**2 500**	**2 200**	**5 100**	**7 900**	**35**	**35**	**20**
Sein	18 000	270	85	620	470	4 700	6 700	740	610	1 650	2 500	15	10	–
Côlon et rectum	8 100	150	40	310	240	2 100	3 100	340	280	530	990	–	5	–
Poumon	7 600	65	50	310	220	2 000	2 800	310	270	590	1 000	5	5	5
Corp de l'utérus	3 400	55	10	120	90	860	1 300	170	120	310	420	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	2 500	25	5	80	90	600	960	110	100	190	310	–	–	–
Ovaire	2 300	25	10	75	40	570	960	70	65	140	290	–	–	–
Mélanome	1 600	25	15	100	80	220	670	45	60	210	240	–	–	–
Pancréas	1 550	5	10	70	45	430	530	50	45	120	220	–	–	–
Leucémie	1 450	20	5	35	35	340	610	65	65	120	190	–	–	–
Col de l'utérus	1 350	20	5	60	35	280	480	50	55	130	180	–	–	–
Rein	1 350	20	5	65	35	360	610	60	60	120	150	–	–	–
Vessie	1 300	5	–	70	35	430	430	30	70	55	110	–	–	–
Thyroïde	1 300	25	–	30	25	290	600	55	35	120	130	–	–	–
Estomac	1 050	15	–	30	30	310	370	35	40	90	120	–	–	–
Encéphale	980	15	5	30	25	270	400	45	35	75	130	–	–	–
Cavité buccale	910	15	5	25	15	230	340	40	25	70	130	–	–	–
Myélome multiple	740	5	5	25	20	190	330	40	25	35	95	–	–	–

– Moins de 2 cas

[1] 1998 pour le Canada, le Québec, l'Ontario; 1999 pour Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique; moyenne de 1995-1999 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut.

Note : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total estimé. Les chiffres relatifs à l'incidence ne comprennent pas les cancers cutanés sans mélanome (CIM-9 173). Modifié en novembre 2001.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau A4

Taux réels d'incidence normalisés selon l'âge pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la région, année la plus récente[1], Canada

	Taux pour 100 000													
	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	**446**	**418**	**499**	**539**	**512**	**456**	**448**	**450**	**449**	**443**	**444**	**310**	**360**	**432**
Prostate	114	106	124	140	137	83	122	115	137	136	143	58	54	–
Poumon	79	65	78	105	103	105	70	72	67	67	66	83	72	187
Côlon et rectum	62	76	72	69	63	63	61	64	54	57	58	55	81	101
Vessie	24	17	32	40	37	34	21	21	29	16	18	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	19	14	22	22	21	19	20	18	19	19	19	–	23	–
Rein	15	12	23	18	20	16	16	21	14	17	11	–	–	–
Cavité buccale	13	21	16	16	13	13	14	17	13	14	11	–	–	–
Estomac	13	23	13	14	11	14	12	13	12	12	10	–	–	–
Leucémie	13	9	20	13	15	14	14	14	13	15	11	–	–	–
Mélanome	11	8	24	21	16	6	13	13	12	15	13	–	–	–
Pancréas	10	5	16	11	13	13	9	12	8	8	11	–	–	–
Encéphale	8	10	11	8	9	9	8	9	9	7	8	–	–	–
Larynx	7	4	7	5	8	9	6	5	5	4	6	–	–	–
Myélome multiple	6	2	5	3	6	7	7	6	5	4	6	–	–	–
Femmes														
Tous les cancers	**348**	**277**	**340**	**376**	**356**	**349**	**350**	**359**	**342**	**343**	**324**	**351**	**324**	**439**
Sein	103	85	105	105	102	106	101	110	100	110	102	107	87	–
Côlon et rectum	44	49	43	49	49	44	45	45	40	35	39	–	72	–
Poumon	43	22	63	51	48	44	41	46	43	41	41	49	47	213
Corps de l'utérus	19	17	13	20	19	19	19	26	20	21	17	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	14	8	7	14	19	13	14	16	13	13	13	–	–	–
Ovaire	13	8	12	13	9	13	15	10	11	9	12	–	–	–
Mélanome	9	8	22	19	10	5	10	7	10	14	10	–	–	–
Pancréas	8	3	7	11	8	9	7	6	6	8	9	–	–	–
Col de l'utérus	8	7	8	13	8	7	8	8	11	9	8	–	–	–
Thyroïde	8	7	–	6	7	7	10	9	7	8	6	–	–	–
Rein	8	8	7	11	7	8	8	8	6	8	6	–	–	–
Leucémie	6	7	4	6	8	8	6	10	11	8	6	–	–	–
Vessie	7	2	–	11	7	9	6	4	12	4	4	–	–	–
Estomac	6	5	–	5	6	6	5	4	6	6	5	–	–	–
Encéphale	6	5	6	5	6	6	6	7	6	5	6	–	–	–
Cavité buccale	5	5	5	4	3	5	5	6	4	5	6	–	–	–
Myélome multiple	4	1	4	4	4	4	5	5	3	2	4	–	–	–

– Le taux d'incidence normalisé selon l'âge est établi à partir de moins de 3 cas par année.

[1] 1998 pour le Canada, le Québec, l'Ontario; 1999 pour Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique; moyenne de 1995-1999 pour le Yukon, les territoires du Nord-Ouest, le Nunavut.

Note : Les taux d'incidence ne comprennent pas les cancers cutanés sans mélanome (CIM-9 173) et sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Modifié en novembre 2001.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada.

ANNEXE I – DONNÉES RÉELLES POUR LES NOUVEAUX CAS ET LES DÉCÈS

Tableau A5

Données réelles sur la mortalité pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la région, Canada, 1999[1]

	Décès													
	Canada	T.-N.	Î.-P.E.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	**33 000**	**660**	**160**	**1 250**	**890**	**9 000**	**12 000**	**1 350**	**1 250**	**2 400**	**4 100**	**20**	**20**	**15**
Poumon	10 300	210	55	420	280	3 300	3 400	380	370	690	1 150	5	5	5
Côlon et rectum	4 100	90	20	140	120	1 100	1 500	180	160	270	480	–	5	–
Prostate	3 600	75	20	140	100	790	1 300	150	230	280	510	–	–	–
Pancréas	1 550	30	10	60	50	400	540	60	55	95	220	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	1 350	15	5	45	35	320	520	80	45	100	180	–	–	–
Estomac	1 200	40	5	25	35	360	430	55	40	80	130	–	–	–
Leucémie	1 200	20	5	50	30	270	470	55	45	100	140	–	–	–
Vessie	1 050	20	5	50	30	240	410	40	45	60	140	–	–	–
Encéphale	860	20	–	35	15	250	310	35	30	65	100	–	–	–
Rein	830	20	10	30	20	220	280	50	25	60	120	–	–	–
Cavité buccale	700	15	5	25	15	190	270	25	10	60	85	–	–	–
Myélome multiple	550	5	5	15	10	150	220	20	20	40	70	–	–	–
Mélanome	440	5	–	20	10	70	210	15	10	35	65	–	–	–
Larynx	390	5	–	10	15	160	140	15	10	15	25	–	–	–
Femmes														
Tous les cancers	**28 600**	**490**	**150**	**1 050**	**720**	**7 500**	**10 700**	**1 200**	**990**	**2 200**	**3 500**	**15**	**15**	**15**
Poumon	6 400	90	30	270	170	1 700	2 300	250	240	490	870	5	5	5
Sein	4 800	70	30	190	110	1 250	1 800	190	150	390	580	5	–	–
Côlon et rectum	3 700	80	25	150	90	1 000	1 450	160	110	240	400	–	5	–
Pancréas	1 500	25	10	55	40	400	530	80	65	110	200	–	–	–
Ovaire	1 400	35	10	45	35	330	520	50	50	110	200	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	1 100	15	5	35	35	280	410	55	45	85	140	–	–	–
Leucémie	900	10	5	25	10	210	370	40	30	75	120	–	–	–
Estomac	780	20	–	25	20	240	270	25	30	60	90	–	–	–
Encéphale	680	15	–	15	20	210	250	30	20	45	80	–	–	–
Corp de l'utérus	660	10	5	15	20	210	250	25	25	40	70	–	–	–
Myélome multiple	560	5	5	10	15	140	230	30	15	30	75	–	–	–
Rein	500	15	–	10	15	150	150	30	20	45	65	–	–	–
Vessie	430	5	–	15	5	130	160	15	15	25	60	–	–	–
Col de l'utérus	420	15	5	15	10	90	160	20	20	40	45	–	–	–
Cavité buccale	310	5	–	5	10	80	120	5	10	25	40	–	–	–
Mélanome	280	5	–	10	5	65	130	15	10	20	30	–	–	–

– Moins de 3 décès

[1] Moyenne de 1995-1999 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut

Note : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total estimé, et une moyenne est utilisée pour les territoires.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau A6

Taux réels de mortalité normalisés selon l'âge pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la région, Canada, 1999[1]

	Taux pour 100 000													
	Canada	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	**229**	**262**	**235**	**264**	**239**	**263**	**221**	**230**	**218**	**198**	**199**	**241**	**210**	**366**
Poumon	70	79	79	90	73	94	62	65	66	57	56	85	69	150
Côlon et rectum	28	36	30	30	33	33	28	30	27	23	23	–	29	–
Prostate	27	32	26	30	27	26	26	25	38	26	26	–	–	–
Pancréas	11	12	16	13	14	12	10	10	9	8	11	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	9	5	7	10	10	9	9	14	8	8	9	–	–	–
Estomac	8	17	9	6	10	11	8	9	7	7	6	–	–	–
Leucémie	8	8	5	11	8	8	9	10	9	8	7	–	–	–
Vessie	7	9	6	10	8	8	8	7	7	5	7	–	–	–
Encéphale	6	8	–	8	4	7	5	6	5	5	5	–	–	–
Rein	6	8	17	6	5	6	5	8	5	5	6	–	–	–
Cavité buccale	5	6	4	5	4	5	5	4	2	5	4	–	–	–
Myélome multiple	4	3	4	3	3	4	4	4	4	3	3	–	–	–
Larynx	3	3	–	2	3	4	2	2	2	1	1	–	–	–
Mélanome	3	2	–	4	2	2	4	3	2	3	3	–	–	–
Femmes														
Tous les cancers	**149**	**157**	**170**	**164**	**144**	**156**	**148**	**154**	**142**	**148**	**138**	**175**	**205**	**304**
Poumon	35	30	33	43	37	37	33	35	36	34	35	47	49	166
Sein	25	23	34	31	22	26	25	26	22	26	23	35	–	–
Côlon et rectum	19	25	25	22	17	20	19	20	15	15	15	–	34	–
Pancréas	8	8	8	8	7	8	7	10	8	7	8	–	–	–
Ovaire	7	12	9	7	8	7	7	7	7	8	8	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	6	4	7	6	6	6	6	7	6	6	5	–	–	–
Leucémie	5	3	5	4	2	4	5	6	4	5	5	–	–	–
Estomac	4	7	–	4	4	5	4	3	4	4	3	–	–	–
Encéphale	4	4	–	3	4	5	4	4	3	3	3	–	–	–
Corps de l'utérus	3	3	4	2	4	4	3	3	3	2	3	–	–	–
Myélome multiple	3	2	3	1	3	3	3	3	2	2	3	–	–	–
Rein	3	4	–	2	3	3	2	4	3	3	2	–	–	–
Cavité buccale	2	1	–	1	2	2	2	1	2	2	2	–	–	–
Mélanome	2	1	–	2	1	1	2	1	1	1	1	–	–	–
Col de l'utérus	2	4	5	3	3	2	2	3	4	3	2	–	–	–
Vessie	2	2	–	2	1	3	2	2	2	2	2	–	–	–

– Le taux de mortalité normalisé selon l'âge est établi à partir de moins de 3 cas par année.

[1] Moyenne de 1995-1999 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut

Note : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Sources et traitement des données

Les données réelles sur l'incidence du cancer et la mortalité par cancer utilisées pour préparer la présente monographie proviennent de quatre sources, à savoir les fichiers de données sur la mortalité (1950 à 1999)[16,17], le Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC, 1969 à 1991)[1], le Registre canadien du cancer (RCC, 1992 à 1999)[1] (ces bases de données sont toutes tenues à jour par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada) et le Registre d'inscription des cas de cancer de l'Ontario (données sur les nouveaux cas de cancer en Ontario, 1997-1998).

Nous avons obtenu les données réelles sur l'incidence et la mortalité pour l'ensemble des provinces et territoires sauf l'Ontario et le Québec pour la période de 1969 à 1999. Les données sur les nouveaux cas pour l'Ontario et le Québec étaient disponibles jusqu'à 1998 seulement.

Après leur extraction, nous avons classé les enregistrements provenant de chaque province selon le sexe et le groupe d'âge et selon le siège ou type de cancer décrits dans le *Glossaire*. Puis nous avons calculé les totaux nationaux pour certains sièges ou types de cancer en additionnant les totaux obtenus pour les 10 provinces et les trois territoires.

Les chiffres de population pour le Canada, les provinces et les territoires ont été tirés d'estimations intercensitaires pour la période de 1971 à 1996[18,19], d'estimations postcensitaires pour la période de **1997 à 2001**[19], et du scénario 2 des projections de la population pour **2002 et 2003**[19]. Les estimations démographiques de **1971 à 2001** et les projections démographiques incluent les résidents non permanents. En outre, des corrections ont été faites pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement et des Canadiens de retour au pays, et la date de référence pour les estimations annuelles est désormais le 1er juillet plutôt que le 1er juin. Les projections sont fondées sur les hypothèses d'accroissement démographique naturel, d'immigration et de migration interne qui correspondent le mieux à la réalité canadienne. Ces hypothèses sont révisées régulièrement pour tenir compte des changements les plus récents.

Les estimations de l'incidence et de la mortalité en 2003 ont été extrapolées à partir de modèles adaptés à un sous-ensemble des données décrites ci-dessus. Nous avons sélectionné les séries de manière à ce qu'elles commencent en 1986, à la fois pour les données sur l'incidence et celles sur la mortalité. Cette méthode garantit que les estimations de la mortalité et de l'incidence soient cohérentes et qu'elles représentent bien les tendances actuelles. Pour estimer les taux de mortalité, les données pour la période de 1986 à 1999 ont été utilisées; pour les estimations de l'incidence, nous avons eu recours aux données de 1986 à l'année la plus récente pour laquelle des données étaient disponibles.

Nous avons calculé les taux bruts réels d'incidence et de mortalité selon la province ou le territoire, le sexe, le siège ou le type de cancer et l'année en divisant le nombre de cas par le chiffre de la population provinciale ou territoriale correspondante. Dans les éditions antérieures, des taux distincts ont été établis pour le groupe des « moins de 45 ans » et celui des « 45 ans et plus ». Pour étudier la répartition par âge pour tous les cancers et les principaux sièges de cancer (poumon, côlon et rectum, prostate et sein), nous avons calculé séparément les taux bruts pour les groupes d'âge de 0 à 19 ans, de 20 à 29 ans, de 30 à 39 ans, de 40 à 49 ans, de 50 à 59 ans, de 60 à 69 ans, de 70 à 79 ans, et de 80 ans et plus. Dans la présente édition, nous avons calculé et analysé les taux par groupe d'âge de cinq ans : 0 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, et ainsi de suite jusqu'à 80 à 84 ans, et 85 ans et plus.

Les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge ont été calculés pour chaque siège ou type de cancer en se fondant sur la répartition par âge de la population du Canada en 1991. Par contre, pour les éditions antérieures à 1995, le calcul des taux était basé sur la population mondiale type[4]. La décision de ne plus utiliser cette dernière comme population de référence tient au fait qu'elle représente une population beaucoup plus jeune que la population du Canada en 1991. Par conséquent, les taux estimés normalisés selon l'âge d'avant 1995 ne sont pas comparables avec les estimations ultérieures.

Depuis l'édition 2000 des *Statistiques canadiennes sur le cancer*, le découpage géographique des Territoires du Nord-Ouest n'est plus le même que dans le passé. Leurs frontières ont été modifiées, ce qui en a réduit la superficie que représentaient les Territoires du Nord-Ouest et formé un nouveau territoire, le Nunavut[20].

Pour tous les cancers, même ceux associés à une survie passable, tels que les cancers du pancréas et du poumon, le nombre annuel de nouveaux cas devrait être similaire ou plus élevé que le nombre de décès. Dans certaines situations, cependant, le nombre de décès observés ou prévus dépasse le nombre correspondant de nouveaux cas. À Terre-Neuve-et-Labrador, ce dépassement est dû au fait que le registre ne reçoit pas l'information sur tous les certificats de décès portant la mention cancer, ce qui entraîne une sous-estimation du nombre de cas pour les années ayant servi à produire les estimations. Le registre de Terre-Neuve reçoit maintenant des données lui permettant de comptabiliser ces cas; cet écart devrait donc disparaître à la longue. Les décès peuvent correspondre à des cas diagnostiqués dans les années antérieures; la variation d'une année à l'autre constitue donc un autre facteur à considérer dans le cas des sièges ou types de cancer rares.

Estimations de l'incidence (nouveaux cas) en 2003

Pour chaque groupe d'âge, siège de cancer et pour chaque sexe, nous avons estimé le nombre de nouveaux cas en adaptant des modèles de régression de Poisson aux valeurs annuelles des provinces et territoires. La régression de Poisson repose sur la prémisse que les dénombrements de l'incidence annuelle sont des variables aléatoires de Poisson indépendantes, la valeur moyenne étant, dans chaque cas, égale au produit de la taille annuelle de la population et du taux annuel (réel) d'incidence.

La méthodologie utilisée aux fins des projections a été modifiée dans le cadre de l'édition 2003. Dans les éditions antérieures à 2003, un modèle distinct où l'année est la seule variable indépendante a servi à établir les taux d'incidence bruts pour chaque province et territoire, chaque groupe d'âge, siège de cancer et chaque sexe. La nouvelle méthodologie prévoit un facteur à 18 niveaux pour l'âge, et l'inclusion des paramètres relatifs aux tendances a été déterminée au moyen de l'algorithme de sélection progressive disponible dans le logiciel S-plus 2000. Les estimations pour 2003 ont été obtenues en multipliant les taux bruts d'incidence extrapolés par les projections démographiques pour la même année. Comme nous disposions de séries de données plus longues pour certaines provinces que pour d'autres, nous avons calculé les estimations pour le Canada en additionnant les estimations obtenues pour les provinces et territoires.

Parfois, lorsque les données initiales indiquaient de fortes fluctuations, le modèle choisi n'a pas permis d'obtenir des résultats suffisamment précis. Nous avons alors estimé les nouveaux cas pour 2003 (après avoir consulté les provinces et les territoires) en se fondant sur une moyenne sur cinq ans des données les plus récentes disponibles : Terre-Neuve-et-Labrador (estomac, pancréas, mélanome, lymphomes non hodgkiniens, poumon chez l'homme; mélanome, ovaire, lymphomes non hodgkiniens, poumon chez la femme);

Île-du-Prince-Édouard (prostate, rein chez l'homme; tous les cancers, côlon, rectum, sein, col de l'utérus, poumon chez la femme); Nouvelle-Écosse (poumon chez la femme); Nouveau-Brunswick (bouche, mélanome, lymphomes non hodgkiniens, rein chez l'homme; pancréas, mélanome, sein, lymphomes non hodgkiniens, poumon chez la femme); Québec (prostate chez l'homme; poumon chez la femme); Ontario (prostate chez l'homme; cerveau, thyroïde chez la femme); Manitoba (bouche, mélanome, prostate, lymphomes non hodgkiniens chez l'homme; et Saskatchewan (mélanome, prostate chez l'homme; poumon chez la femme).

La méthodologie utilisée pour la projection des nouveaux cas de cancer de la prostate a été modifiée cette année, à la suite de la baisse anticipée des taux normalisés selon l'âge observée à partir du pic de 1993 jusqu'en 1995, moment où une tendance nouvelle à la hausse est apparue. Cette observation des taux sommaires ne s'applique pas aux taux selon l'âge. Depuis 1981, les taux selon l'âge au Canada chez les hommes de moins de 40 ans ont révélé peu de changements et n'ont signalé aucune tendance; chez les 40 à 59 ans, une tendance à la hausse marquée a débuté autour de 1991, et n'a pas encore changé de cap; chez les 60 à 74 ans, les taux suivent les tendances des taux normalisés selon l'âge depuis 1991; et chez les hommes de plus de 75 ans, la brève montée des taux du début au milieu des années 90 a été suivie d'une baisse abrupte pour atteindre les niveaux de 1981ou plus bas. Par conséquent, les projections des taux selon l'âge basées sur le modèle de régression de Poisson adapté aux données obtenues entre 1981 et 1989 ont été abandonnées en faveur des modèles de régression de Poisson adaptés aux données de 1991 jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle des données sur l'incidence étaient disponibles (1998 pour l'Ontario et le Québec, sinon 1999). La Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Alberta et la Colombie-Britannique sont les provinces pour lesquelles cette méthodologie a été appliquée.

Les dénombrements des nouveaux cas de cancer de la vessie pour l'année 1999 sont erronés. Pour l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec et de l'Ontario, les estimations de 2003 ont été calculées à partir des taux moyens sur cinq ans basés sur les données de 1994 à 1998. L'erreur a été décelée durant la révision systématique des tableaux récapitulatifs sommaires du RCC, envoyés à tous les registres provinciaux et territoriaux du cancer, et sera corrigée pour l'an prochain. Dans le cas des enregistrements de 1999 seulement, les tumeurs de la vessie sans précision (C67.9, 8130/3) ont incorrectement reçu le code CIM-9 233.7 (carcinome *in situ* de la vessie) au lieu du code CIM-9 188.9 (tumeur maligne de la vessie, partie non précisée). Aussi, en 1999, deux enregistrements de tumeurs (C679 et 8130/3) ont été changés pour le code CIM-9 236.7 et non le code CIM-9 233.7. Note : l'erreur de concordance entre la CIM-9 et la CIMO2 est le résultat d'une opération d'entretien des systèmes du RCC entreprise l'an dernier pour tenir à jour les conversions des codes des registres SEER.

Pour estimer l'incidence de « tous les cancers », nous avons additionné les cas estimés de cancer de la prostate et l'estimation de « tous les cancers moins celui de la prostate », à l'aide du modèle linéaire standard (basé sur les données depuis 1986).

Estimations de la mortalité (décès) en 2003

Nous avons estimé le nombre de décès pour chaque groupe d'âge, siège ou type de cancer et selon le sexe en suivant une méthode similaire à celle utilisée pour l'incidence. Un modèle linéaire, basé sur un facteur à 18 niveaux pour l'âge et des paramètres relatifs aux tendances choisis au moyen d'un algorithme de sélection progressive, a servi à établir les taux de mortalité, pour chaque province et territoire. Nous avons tiré le nombre global de

décès selon le siège du cancer pour le Canada directement des dénombrements provinciaux et territoriaux.

Pour la mortalité par cancer du côlon et du rectum, nous avons utilisé les codes 153-154 de la CIM-9 dans les versions du présent document publiées avant 2003, par souci d'uniformité avec les autres publications. Cependant, cette mesure donne une sous-estimation d'environ 10 % de la mortalité par cancer du côlon et du rectum, parce que la plupart des décès enregistrés sous le code 159.0 (tractus intestinal, partie non précisée) du CIM-9 sont des cas de cancer colorectal. Depuis l'édition de 2003, ces cas sont compris dans la définition de cancer colorectal. Par conséquent, les chiffres de la mortalité par cancer colorectal reflètent une augmentation importante par rapport aux chiffres publiés avant ce changement.

Dans les cas où les données originales présentent d'importantes fluctuations, le modèle n'a pas pu fournir des résultats avec une précision satisfaisante. Pour ces exceptions, le nombre de décès pour 2003 a été calculé (à la suite de consultations avec les provinces) en utilisant une moyenne quinquennale des données les plus récentes ou l'estimation fournie par les provinces : Île-du-Prince-Édouard (tous les cancers, prostate chez l'homme; lymphomes non hodgkiniens, poumon chez la femme); Nouveau-Brunswick (estomac chez l'homme; pancréas, lymphomes non hodgkiniens, poumon, leucémie chez la femme); Manitoba (pancréas, rein chez l'homme; tous les cancers, poumon, chez la femme); Saskatchewan (prostate, rein chez l'homme; poumon chez la femme); Alberta (estomac, thyroïde chez l'homme; estomac, thyroïde chez la femme).

Estimation des taux d'incidence (TINA) et de mortalité (TMNA) normalisés selon l'âge en 2003

Depuis l'édition de 2003, les taux normalisés selon l'âge ont été calculés directement à partir des projections par âge. Ce changement dans la méthodologie a éliminé la nécessité de recourir à une méthodologie distincte pour la projection des taux par âge et des taux normalisés selon l'âge, en plus de garantir que les taux normalisés selon l'âge sont une moyenne pondérée des taux par âge. Dans les versions du présent document antérieures à 2003, les taux d'incidence et de mortalité étaient généralement estimés par régression des moindres carrés pondérés, **sauf dans certains cas**. Nous avons utilisé comme poids l'inverse des estimations de la variance des taux normalisés selon l'âge réel. Les variances ont été calculées en supposant que les dénombrements par âge qui ont servi au calcul des taux normalisés selon l'âge suivent des distributions de Poisson indépendantes. Les régressions ont été effectuées pour l'ensemble du Canada et pour chaque province ou territoire, selon le siège ou le type de cancer et selon le sexe, au moyen d'un modèle linéaire où l'année était la seule variable indépendante.

Encore une fois, dans les cas où les données originales sont sujettes à de fortes fluctuations, le modèle choisi n'a pu fournir des résultats d'une précision satisfaisante. Pour cette raison, et pour maintenir une cohérence entre les estimations selon l'âge et les estimations normalisées selon l'âge, nous avons estimé les taux d'incidence annuels normalisés selon l'âge en 2003 à partir des taux d'incidence réels normalisés selon l'âge sur une période de cinq ans pour chacun des cas expliqués précédemment dans la section « Estimation de l'incidence ». Nous avons également estimé les taux annuels de mortalité normalisés selon l'âge en 2003 à partir des taux de mortalité réels normalisés selon l'âge sur une période de cinq ans pour chacune des régions et des sièges ou types de cancer combinés présentés dans la section « Estimations de la mortalité ».

La méthodologie utilisée pour la projection des nouveaux cas de cancer de la prostate a été modifiée cette année, à la suite de la baisse anticipée des taux normalisés selon l'âge observée à partir du pic de 1993 jusqu'en 1995, moment où une tendance nouvelle à la hausse est apparue. Cependant, cette nouvelle tendance n'a pas atteint le niveau projeté d'après un modèle linéaire adapté aux données de 1981 à 1989. Plusieurs options ont été explorées et nous croyons que les projections les plus précises ont été obtenues simplement en calculant le taux normalisé selon l'âge à partir des nombres projetés selon l'âge (tel que décrit ci-dessus). Au même titre que la projection des nombres de nouveaux cas, les provinces pour lesquelles on applique cette méthode d'estimation pour les taux sont l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Québec, l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique.

Exactitude et précision des estimations

L'exactitude d'une estimation est liée au biais, soit la mesure dans laquelle une estimation fournit vraiment la valeur qui nous intéresse. La précision d'une estimation fait référence à la variabilité inhérente à toute estimation; il est en effet impossible de connaître la valeur « exacte » d'une estimation, laquelle ne peut donc fournir qu'une idée de la valeur inconnue réelle qui nous intéresse.

L'erreur-type et le coefficient de variation, de même que l'intervalle de confiance, sont calculés pour déterminer la précision de chaque estimation. L'erreur-type donne une estimation du degré de variation d'une estimation, alors que le coefficient de variation établit une relation entre cette variation et la taille réelle de la quantité estimée. À partir de l'erreur-type, l'intervalle de confiance définit une fourchette de valeurs plausibles pour la quantité estimée. Ces valeurs peuvent être obtenues sur demande auprès du Bureau du cancer, Santé Canada. Ensemble, ces mesures évaluent la précision (ou l'imprécision) d'une estimation, mais non son exactitude. À noter que toute estimation est sujette à erreur et que le degré de précision dépend principalement du nombre de cas observés et de la taille de la population pour chaque combinaison siège-sexe-province, alors que l'exactitude dépend de la pertinence du modèle utilisé pour l'estimation.

En raison de la modification et de l'amélioration des données sur l'incidence du cancer fournies par les provinces, et des changements dans les estimations démographiques et la méthodologie servant à produire les estimations de l'incidence du cancer et de la mortalité due à cette maladie, il se peut que les estimations du rapport de 2003 ne soient pas directement comparables à celles publiées les années précédentes. Le lecteur trouvera des renseignements plus détaillés sur ces méthodes dans certains articles techniques publiés par Statistique Canada[21,22].

Les estimations de l'incidence et de la mortalité ont été arrondies comme suit : au nombre le plus près comportant le chiffre 5 pour les dénombrements de 0 à 99; à la dizaine près pour les dénombrements de 100 à 999; à la cinquième dizaine (50) la plus près pour les dénombrements de 1 000 à 1 999; et à la centaine près pour les dénombrements de 2 000 et plus. Les pourcentages et les taux normalisés et spécifiques selon l'âge ont été arrondis à la dizaine près sauf dans les tableaux 4 et 6 et les tableaux A4 et A6 de l'annexe où ils ont été arrondis au nombre entier le plus près en raison de contraintes d'espace. Les dénombrements-taux selon l'âge et selon le sexe sont combinés avant l'arrondissement, de sorte qu'il est possible que les totaux dans les tableaux semblent inexacts. Tous ces écarts doivent toutefois se situer à l'intérieur des unités d'arrondissement décrites ci-dessus.

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer

La variation annuelle moyenne en pourcentage a été calculée pour chaque siège ou type de cancer en ajustant un modèle fondé sur l'hypothèse que le taux de variation des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge est constant, autrement dit en appliquant un modèle linéaire à ces taux normalisés selon l'âge après transformation logarithmique. Puis, nous avons de nouveau transformé la pente estimée au moyen de cet ajustement pour obtenir un pourcentage d'augmentation ou de diminution. Nous nous sommes servis des données de 1991 à 1998 pour l'incidence, et de celles de 1991 à 1999 pour la mortalité. Ces séries sont suffisamment longues pour produire des estimations de la variation annuelle moyenne en pourcentage à la fois fiables et à jour.

Estimations de l'incidence du cancer de la peau autre que le mélanome en 2003 au Canada

Les laboratoires de pathologie de la Colombie-Britannique envoient au registre provincial tous les rapports de diagnostic des cancers cutanés sans mélanome. On croit toutefois qu'il y a une certaine sous-déclaration des cancers cutanés sans mélanome. Pour produire une estimation minimale du nombre de cas au Canada dans son ensemble, nous avons appliqué les taux d'incidence selon l'âge et selon le sexe en Colombie-Britannique, de 1985 à 1994 (pour des groupes d'âge de 20 ans), aux estimations démographiques et à l'année courante pour l'ensemble du Canada. En Colombie-Britannique, une étude spéciale sur les cancers cutanés sans mélanome a porté sur cette période.

Probabilité d'être atteint ou de mourir du cancer

Les probabilités que le cancer se développe ont été calculées d'après les taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer, selon l'âge et le sexe, enregistrés au Canada en 1998, et d'après les taux de mortalité pour toutes les causes tirés des tables de mortalité pour la période allant de 1996 à 1998. La méthodologie employée est celle de Zdeb[23] et de Seidman et coll.[24]. Les méthodes utilisées pour établir les tables de mortalité se fondent sur l'hypothèse que l'incidence du cancer observée pour différents groupes d'âge durant une période donnée sera toujours valable plus tard dans la vie des personnes. Toutefois, comme ces taux peuvent ne pas correspondre à ceux qui ont cours au moment où les sujets atteignent un certain âge, les probabilités devraient être considérées uniquement comme des approximations des taux réels.

La probabilité de mourir du cancer correspond à la proportion de personnes emportées par le cancer dans une cohorte soumise aux conditions de mortalité qui existaient pour la population dans son ensemble en 1998. Nous avons calculé l'indicateur en déterminant la proportion de décès attribués aux différentes formes de cancer pour chaque sexe et groupe d'âge, en multipliant cette proportion par le nombre correspondant de décès tirés de la table de mortalité, en additionnant les nombres de décès de la table de mortalité pour les deux sexes et tous les groupes d'âge afin d'obtenir la probabilité de décès attribuable à chaque cause.

Nombre total de nouveaux cas ou de décès, reflétant l'évolution du risque de cancer, la croissance démographique et le changement de la structure par âge de la population

Les figures 2.3 et 2.4 illustrent les déterminants de l'augmentation de l'incidence et de la mortalité chez l'homme et la femme, respectivement. Les trois séries de données représentées par chaque courbe sont basées sur des données de l'année de référence, soit

1971. La courbe supérieure rend compte des dénombrements réels ou prévus. La courbe intermédiaire reflète une estimation de l'incidence du cancer ou des décès si la répartition des âges de 1971 n'avait pas évolué au fil des ans. La courbe inférieure représente une estimation du nombre prévu de cas décès si la taille et la répartition de la population de 1971 étaient demeurées constantes jusqu'à l'année en cours.

En attendant de présenter de façon plus rigoureuse la façon dont ces séries ont été calculées, disons que $P_{i,t}$ représente la population totale de chaque sexe au Canada pour l'année t, où i = H pour hommes ou i = F pour femmes. Autrement dit, $P_{F,1971}$ représente la population féminine totale au Canada en 1971. Ensuite, $TNA_{i,t}$ représente le taux d'incidence mortalité normalisé selon l'âge pour tous les cancers et pour chaque sexe, la population de référence étant la population canadienne de 1971 du sexe correspondant à i, qui est soit i = H pour hommes ou i = F pour femmes. Par exemple, $TNA_{F,2001}$ est le taux normalisé selon l'âge pour les Canadiennes en l'an 2001.

Série supérieure : Nombre annuel de cas décès liés au cancer dans la population de sexe i dans une année donnée, disons t.

Série intermédiaire : Population totale en l'année t multipliée par le taux normalisé selon l'âge pour l'année t ou, en symboles, $P_{i,t}TNA_{i,t}$.

Série inférieure : Population totale de 1971 multipliée par le taux normalisé selon l'âge pour l'année t ou, en symboles, $P_{i,1971}TNA_{i,t}$.

Niveau de référence : Nombre observé de cas de cancer ou de décès par cancer dans la population de sexe i survenus en 1971.

Années potentielles de vie perdues (APVP)

L'indicateur a été calculé en déterminant le nombre de décès pour les groupes de moins d'un an, de 1 à 4 ans, de 5 à 9 ans, ..., et de 90 ans et plus au Canada en 1999, et l'espérance de vie au point milieu des groupes d'âge. L'APVP est le nombre total d'années de vie perdues calculées en multipliant, pour chaque groupe d'âge, le nombre de décès par l'espérance de vie des survivants[25].

Fraction étiologique du risque

Les estimations de la fraction étiologique du risque ont été établies en combinant les données sur la mortalité, la consommation du tabac et les estimations du risque relatif selon le sexe, l'âge et la maladie. L'estimation de la consommation du tabac a été établie à partir de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada[26], tandis que les estimations du risque relatif ont été établies au moyen du programme SAMMEC II[27]. Par conséquent, la mortalité attribuable à la consommation du tabac a été calculée[28] pour les types de maladies qui comportent un risque relatif élevé se situant à l'intérieur de l'intervalle de variation pour la maladie. Le taux de mortalité attribuable à la consommation du tabac s'entend du produit de la fraction attribuable à la consommation du tabac (FAT) et du nombre de décès selon le sexe, l'âge et le type de maladie. Le calcul de cette fraction a été fait selon la formule suivante :

$$FAT = ([P_0 + P_1 [(RR_1)] + P_2 [(RR_2)] - 1) / [P_0 + P_1 (RR_1) + P_2 [(RR_2)],$$

où P_0, P_1 et P_2 dénotent respectivement qu'une personne n'a jamais fumé, qu'elle fume et qu'elle a déjà fumé, et où RR_1 et RR_2 indiquent respectivement le risque relatif actuel et passé. Le calcul de la fraction étiologique du risque a été fait en divisant la mortalité totale

attribuable à la consommation du tabac par le nombre de décès pour chaque sexe, âge et groupe de maladies.

Prévalence

La prévalence du cancer chez les Canadiens a été évaluée selon le siège ou le type de cancer à la lumière des diagnostics posés dans les 15 années précédant l'année cible. Les données sur l'incidence du cancer proviennent du Système national de déclaration des cas de cancer (avant 1992) et du Registre du cancer du Canada (1992-1998), et les données sur la survie proviennent de la Division de la gestion de l'information de la Saskatchewan Cancer Agency. Pour chaque siège ou type de cancer, les données ont été ventilées selon le mois du diagnostic, l'âge lors du diagnostic et le sexe. Nous avons ensuite multiplié le taux brut de survie selon l'âge par le nombre de cas pour établir les prévisions quant à la prévalence. Les estimations par strate ont été combinées pour chaque siège ou type de cancer.

Les taux de survie sont basés sur les données du Saskatchewan Cancer Registry. Les données ont d'abord été stratifiées selon le siège ou le type de cancer, le sexe et les groupes d'âge de 0 à 34 ans, de 35 à 64 ans et de 65 ans et plus, puis les taux de survie mensuels ont été calculés à partir des tables de mortalité utilisées dans la version 6.12 du SAS (données censurées selon la méthode habituelle). Ces estimations se fondent sur les cas diagnostiqués entre le début de 1983 et la fin de 1997, un suivi ayant été effectué jusqu'à la fin de 1998.

Les données nationales annuelles sur l'incidence du cancer ont été stratifiées selon l'année du diagnostic, le siège ou le type de cancer, le sexe et les groupes d'âge de 0 à 1 an, 2 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, et ainsi de suite, par groupes d'âge de cinq ans jusqu'au groupe de 85 ans et plus. Ces données ont ensuite été réparties également sur chaque mois de l'année en divisant par 12 le nombre de cas dans chaque strate. Compte tenu d'un nombre maximal de 15 années de survie, la prévalence pour 1998 a été estimée en multipliant le taux de survie brut par le nombre de cas correspondant. Les estimations tenaient compte d'un nombre maximal de 15 années de survie, lequel est très semblable à la prévalence à vie, et elles comportaient l'utilisation des estimations de la survie dans la mesure où elles étaient fiables.

Classification – LNH

Deux classifications histologiques basées sur les éditions 1 et 2 de la Classification internationale des maladies – Oncologie (CIM-O) ont été utilisées pour le sujet particulier des lymphomes non hodgkiniens (LNH). Pour les tendances temporelles, les cas ont été répartis dans trois grands groupes histologiques : forme folliculaire (CIM-O: 9690), forme diffuse (1re édition de la CIM-O: 959-964, 974 et 975; 2e édition de la CIM-O: 959, 967-968, 974) et types non précisés (CIM-O: 800-958, 965-966, 970-973, 976-9999). Pour la période la plus récente, la classification basée sur la 2e édition était associée au sida (lymphome malin immunoblastique) (9684), lymphome de Burkitt, y compris à petites cellules non encochées (9680, 9687), lymphomes à grandes cellules à différenciation intermédiaire (9680-9683, 9593), lymphocytaires à petites cellules (9670, 9671), types folliculaire et nodulaire (9690-9698), autres LNH, diffus (9595-9597, 9644-9699, 9672-9679, 9685), lymphomes précisés cutanés et périphériques à cellules T spécifiés (9700-9709), autres LNH de type non précisé, y compris MALT (9710-9719), et types autres et inconnus (8000-9589, 9600-9649, 9688-9689, 9720-9999).

Sujets particuliers examinés au cours des dernières années :

- incidence du cancer chez les jeunes adultes (2002);
- taux de survie (2002, 1995, 1991-1993);
- cancer colorectal (2001, 1995);
- progrès réalisés dans la lutte contre le cancer (2000);
- répercussions relatives de la croissance démographique et du vieillissement de la population sur l'incidence du cancer au Canada (1999);
- surveillance du cancer au Canada (1999);
- comparaisons internationales (1998);
- examen des statistiques sur le cancer pour une période de 10 ans (1997);
- évaluation de la validité des estimations (1996);
- cancer de la prostate (1996);
- répercussions économiques du cancer (1990, 1996);
- estimations de la prévalence (1995);
- cancer du sein (1993);
- tabagisme et cancer du poumon (1991);
- cancer chez les Autochtones (1991);
- tendances selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer chez la femme (1990);
- taux d'incidence du cancer selon le revenu (1990).

1. Gaudette LA, Lee J., Statistique Canada. *Incidence du cancer au Canada 1969-1993*. Division de la statistique de la santé, n° 82-568-XPB au catalogue, hors-série, Ottawa, avril 1997.

2. Le ND, Mayer LD, Robson DL, Semenciw RM et coll. *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*. Ottawa, Ministère des Approvisionnements et services Canada, Ottawa, 1995.

3. Chen VW, Howe HL, Wu XC et coll. (édit.). *Cancer in North America, 1995-1997. Volume one: incidence; volume two: mortality*. Sacramento, CA: North American Association of Central Cancer Registries, April 2000.

4. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao Y et coll. (édit.). *Cancer incidence in five continents*, Volume VII. Publication scientifique du CIRC n° 143. Centre international de recherche sur le cancer, Lyon, 1997.

5. Stephens M, Stevenson J. *L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire*. Rapports sur la santé 1998;9:51-8.

6. Levy IG, Gibbons L, Collins JP. *Prostate cancer trends in Canada: rising incidence or increased detection?* Can Med Assoc J 1995;149:617-24.

7. Levy I. Prostate cancer: the epidemiologic perspective. Diaro Fradet Y, Meyer F (édit.). *Canadian Workshop on Screening for Prostate Cancer proceedings, March 26-27, Québec City (Québec)*. Can J Oncology. 1998;8 Suppl 1:1-6-7.

8. Wingo PA, Landis S, Ries LAG. *An adjustment to the 1997 estimate for new prostate cancer cases*. Cancer 1997;80:2286-92.

9. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *L'examen médical périodique: mise à jour 1991 : 3. Prévention secondaire du cancer de la prostate cancer*. Union méd can 1992; juil. 1991;145(5):413-28.

10. Harris JR, Lippman ME, Veronesi U., Willett WC. *Breast cancer*. N Engl J Med 1992;327(3 parts):319-28, 390-8, 473-80.

11. Kelsey JL, Gammon MD, John EM. *Reproductive factors and breast cancer*. Epidemiol Rev. 1993;15:36-47.

12. Gaudette LA, Gao RN, Wysocken M et coll. *En point sur la mortalité par cancer du sein, 1997*. Rapports sur la santé 1997;9(1):33-6.

13. MacKay EN, Sellers AH. *A statistical survey of leukemia in Ontario and the Ontario Cancer Foundation clinics, 1950-1959*. Can Med Assoc J 1960;83:19-26-35.

14. Ries LAG, Smith MA, Gurney JG et coll. (édit.). *Cancer incidence and survival among children and adolescents: United States SEER Program 1975-1995*. Bethesda, MD: National Cancer Institute, SEER Program. NIH Pub. No. 99-4649, 1999.

15. Organisation mondiale de la Santé. *Classification internationale des maladies*. Révision de 1975, volumes 1 et 2. Genève, 1977.

16. Statistique Canada. *Cancer de décès*. Ottawa, Division de la statistique de la santé, n° 84-208XPB au catalogue, 1999.

17. Statistique Canada. *Cancer de décès*. Ottawa, Tableaux standards, n° 84F0208XPB au catalogue, 1998.

18. Statistique Canada. *Estimations postcensitaires révisées sur la population et les familles, 1er juillet, 1971-1991*. Ottawa, Division de la démographie, nº 91-537 au catalogue, hors série, 1994.

19. Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2000*. Division de la démographie, nº 91-213-XPB au catalogue, annuel. Ottawa, 2001.

20. Statistique Canada. *Classification géographique (CGT) Supplément – Nunavut*. Ottawa, Division de la géographie, 1997.

21. Morin, C. *Rapport méthodologique: Estimation de l'incidence du cancer et des décès causés par le cancer pour les années 1990 et 1991 au Canada*. Division des méthodes d'enquête sociales, Statistique Canada, 1993.

22. Atwell K. *Rapport méthodologique: The production of cancer mortality and incidence estimates for Canada*. Ottawa : Division des méthodes d'enquête sociales, Statistique Canada, 1992.

23. Zdeb MS. *The probability of developing cancer*. Am J Epidemiol 1977;106:6-16.

24. Seidman H, Silverberg BS, Bodden A. *Probabilities of eventually developing and dying of cancer. Risk among persons previously undiagnosed with cancer*. CA - A Cancer Journal for Clinicians 1978;28:33-46.

25. Peron Y, Stromenger C., *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations*, Ottawa, Statistique Canada, nº 82-543E au catalogue, 1985:182-9, 155-7.

26. Statistique Canada. *Enquête sociale générale, cycle 11, 1996*. Ottawa, 1996.

27. Shultz JM, Novotny TE, Rice DP. *Quantifying the disease impact of cigarette smoking with Sammec II software*. Public Health Rep 1991;106(3):326-33.

28. Illing EM, Kaiserman MJ. *Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1991*. Can J Public Health 1995;86(4):257-65.

Sujet particulier : Lymphomes non hodgkiniens

1. *Adult non-Hodgkin's lymphoma (PDQ®): treatment*. 2002. URL: http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/treatment/adult-non-hodgkins/healthprofessional/

2. Pagano JS. *Epstein-Barr virus: the first human tumor virus and its role in cancer*. Proc Assoc Am Physicians 1999;111:573-80.

3. Liu S, Semenciw R, Mao Y. *Increasing incidence of non-Hodgkin's lymphoma in Canada, 1970-1996: age-period-cohort analysis*. Hematol Oncol 2003 (in press).

4. Sepulveda AR, Coelho LG. *Helicobacter pylori and gastric malignancies*. Helicobacter 2002;7(Suppl 1):37-42.

5. Bertazzi PA, Consonni D, Bachetti S, Rubagotti M et coll. *Health effects of dioxin exposure: a 20-year mortality study*. Am J Epidemiol 2001 Jun 1;153(11):1031-44.

6. Hardell L, Axelson O. *Environmental and occupational aspects on the etiology of non-Hodgkin's lymphoma*. Oncol Res 1998;10(1):1-5.

BON DE COMMANDE ET FORMULAIRE D'ÉVALUATION

Veuillez nous aider à améliorer la présente publication. Vos commentaires sur le contenu de ce rapport serviront à préparer les éditions futures. Pour nous aider dans notre planification, nous vous saurions gré de bien vouloir remplir le présent formulaire et de nous le retourner, d'ici le 31 août 2003, à l'adresse suivante :

Statistiques canadiennes sur le cancer
Bureau national de la Société canadienne du cancer
10, avenue Alcorn, bureau 200
Toronto (Ontario) M4V 3B1

Il nous fera toutefois plaisir de traiter votre formulaire, dûment rempli, peu importe quand il nous parviendra.

1. Depuis combien d'années utilisez-vous la publication Statistiques canadiennes sur le cancer?

_____

2. Quel support préférez-vous?
   - ❑ copie papier
   - ❑ version électronique sur Internet

3. Dans le cadre de vos activités professionnelles, à quoi cette publication vous est-elle utile?
   - ❑ planification : services de soins et de traitement du cancer
   - ❑ politique et planification en santé
   - ❑ planification : programmes de prévention du cancer
   - ❑ enseignement
   - ❑ recherche — essais cliniques
   - ❑ recherche — autre
   - ❑ journalisme
   - ❑ projets actuariels
   - ❑ levées de fonds
   - ❑ autre : _____

4. À quelles fins utiliserez-vous l'information des SCC 2003?
   - ❑ comme document de référence comportant des données à jour sur le cancer
   - ❑ pour cerner les tendances nationales relatives au cancer
   - ❑ pour comparer les tendances provinciales
   - ❑ pour étayer les initiatives visant à faire pression en vue d'obtenir plus de ressources pour la prévention et le traitement du cancer
   - ❑ autre : _____

5. Veuillez indiquer votre appréciation de l'utilité de chaque section des SCC 2003.

	pas utile	un peu utile	très utile
Faits saillants	❑	❑	❑
Incidence et mortalité actuelles	❑	❑	❑
Répartition géographique du cancer	❑	❑	❑
Tendances de l'incidence et de la mortalité	❑	❑	❑
Répartition du cancer selon l'âge et le sexe	❑	❑	❑
Probabilité d'être atteint et de mourir du cancer	❑	❑	❑
Années potentielles de vie perdues à cause du cancer	❑	❑	❑
Prévalence	❑	❑	❑
Cancer chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans	❑	❑	❑
Sujet particulier			
Lymphomes non hodgkiniens	❑	❑	❑

6. Quelles figures et quels tableaux vous ont semblé les plus utiles?

7. Quelles figures et quels tableaux vous ont semblé les moins utiles?

8. Quels renseignements additionnels aimeriez-vous retrouver dans le texte, les figures ou les tableaux dans la prochaine édition?

9. Quel sujet particulier aimeriez-vous voir traité dans les prochaines éditions?

10. Avez-vous d'autres suggestions pour accroître l'utilité de la présente publication?

❑ OUI! **Veuillez me faire parvenir la prochaine édition de ce rapport (édition de l'an 2004). En lettres moulées, s.v.p.!**

Nom : _____

Titre : _____

Organisme : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____

Des questions sur le cancer?

Pour en savoir plus sur le cancer, appelez le Service d'information sur le cancer de la Société canadienne du cancer

1 888 939-3333 DU LUNDI AU VENDREDI, 9 H À 18 H

DISTRIBUÉ PAR

Société canadienne du cancer | Canadian Cancer Society

111-224